Deutscher Bundestag **Drucksache 16/3950**

16. Wahlperiode 20. 12. 2006

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

A. Problem und Ziel

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen bietet eine Patientenversorgung auf hohem Niveau. Mit seiner Innovationskraft ist es zudem von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsfähig. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche, dass die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es teilweise zu Über- und Unterversorgung kommt, die Qualität der Versorgung erheblich variiert und Ressourcen nicht nur an Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden.

Angesichts dieser Ineffizienzen und vor dem Hintergrund der großen Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts ist das Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Das gilt sowohl für die Finanzierungsseite als auch für die Angebotsstrukturen. In den nächsten zwei Jahrzehnten wird die Zahl älterer Menschen in Deutschland zunehmen. Damit wird ein zusätzlicher Finanzbedarf erforderlich.

Eine Reform der Finanzierungsstrukturen und damit der Einnahmenseite im Gesundheitswesen muss verbunden sein mit einer Reform der Ausgabenseite, die sicherstellt, dass die Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden.

Die in diesem Gesetz vorgesehenen Reformmaßnahmen stellen sicher, dass auch in Zukunft soziale Sicherheit im Krankheitsfall für alle gewährleistet wird. Insbesondere sind vorgesehen:

- Ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung,
- der Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge,
- Weichenstellungen für die Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitssystems nach ihrer Leistungsfähigkeit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,

- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf der Kassenseite, insbesondere durch mehr Vertragsfreiheit der Kassen mit Leistungserbringern, Reformen der Organisation wie z. B. die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen sowie den neuen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungserbringer, z. B. durch mehr Vertragsfreiheit in der ambulanten Versorgung, durch verstärkten Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung sowie durch mehr Vertrags- und Preiswettbewerb in der Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Bürokratieabbau und mehr Transparenz auf allen Ebenen,
- Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit,
- Verbesserung der Wahlrechte und Wechselmöglichkeiten in der privaten Krankenversicherung (PKV) durch anrechnungsfähige Ausgestaltung der Alterungsrückstellungen sowie Einführung eines Basistarifs in der PKV, der allen PKV-Versicherten, der PKV systematisch zuzuordnenden Personen und allen freiwillig Versicherten in der GKV offensteht.

B. Lösung

Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD und die Bundesregierung haben sich insbesondere auf folgende Maßnahmen verständigt, mit denen die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens modernisiert und neu geordnet werden:

– Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und noch stärker wettbewerblich ausgestaltet. Dies wird erreicht u. a. durch Wahltarife, größere Vertragsfreiheiten der Kassen, ein neues ärztliches Honorierungswesen, die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, den Ausbau der integrierten Versorgung und die Straffung der Verbandsstrukturen.

– Mit der Einrichtung eines Gesundheitsfonds werden der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienteren gesundheitlichen Versorgung gelegt. Es wird eine Weiterentwicklung hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Nutzen der Versicherten und Patienten eingeleitet. Der Beitragssatz wird per Rechtsverordnung festgelegt. Kassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Neben der Organisation einer möglichst kostengünstigen Versorgung und dem Angebot von Kosten sparenden Tarifen für ihre Versicherten erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern – bei einer Begrenzung auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens – einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag zu erheben. Erwirtschaften Kassen Überschüsse, können sie diese an ihre Versicherten ausschütten.

– Durch die anteilige Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Hierfür werden aus Bundesmitteln im Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro und im Jahr 2009 3 Mrd. Euro bereitgestellt. Ab 2010 soll der

Bundeszuschuss weiter anwachsen. Gleichzeitig wird abgesichert, dass jeder Kranke auch in Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Mit dem beibehaltenen Schutz vor Überforderung bleibt der Grundsatz wirksam, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beiträgt.

– Durch die Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung im Umfang des Basistarifs sowie die Schaffung eines Basistarifs in der privaten Versicherung werden die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten verbessert.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2007 im Vergleich zum geltenden Recht geschätzte finanzielle Entlastungen in einer Größenordnung von jährlich ca. 1,8 Mrd. Euro, von denen bei Inkrafttreten zum 1. April 2007 ca. 1,4 Mrd. Euro finanzwirksam werden.

Durch eine Vielzahl von strukturellen Reformmaßnahmen ergibt sich darüber hinaus mittel- und langfristig zusätzliches Einsparpotential in erheblichem Umfang.

Ab dem Jahr 2008 wird die teilweise Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus Steuermitteln fortgeführt und in den Folgejahren ausgebaut. Hierfür werden den Krankenkassen aus Bundesmitteln im Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro und in 2009 3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Ab 2010 soll dieser Bundeszuschuss weiter ansteigen.

Finanzielle Entlastungen für den Bund ergeben sich durch die volle Übernahme der Verwaltungskosten durch die knappschaftliche Krankenversicherung ab dem 1. April 2007 in Höhe von 42 Mio. Euro in den Jahren 2007 und 2008, 28 Mio. Euro im Jahr 2009 und 14 Mio. Euro im Jahr 2010.

Der Bund trägt nach § 37 Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte die durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für Altenteiler.

Die mit dem Gesetz verbundenen Maßnahmen führen ab dem Jahr 2007 bezogen auf den Zeitraum eines Kalenderjahres zu einer finanziellen Entlastung des Bundes beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte i. H. v. rd. 20 Mio. Euro. Durch das Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. April 2007 ergibt sich für dieses Jahr eine finanzielle Entlastung des Bundes von rd. 15 Mio. Euro.

E. Kosten und Preiswirkungsklausel

Das Gesetz führt zu finanzwirksamen Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen und begrenzt den Beitragssatzanstieg der gesetzlichen Krankenversicherung ab der Einführung des Gesundheitsfonds. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit einem steigenden Bundeszuschuss werden die Kosten für die Wirtschaft und die Unternehmen stabilisiert. Je nach Unter- bzw. Überschreitung der Arbeitgeberanteile auf der Basis der bisherigen kassenindividuellen Beitragssätze im Vergleich zum Arbeitgeberanteil beim zukünftigen allgemeinen Beitragssatz können sich für die einzelnen Unternehmen sowohl Be- als auch Entlastungen ergeben. Diese Be- und Entlastungseffekte

hängen davon ab, wie sich die Beschäftigten der betroffenen Unternehmen auf Kassen mit bislang unterproportionalen sowie auf Kassen mit bislang überproportionalen Beitragssätzen verteilen und sind im Einzelnen nicht quantifizierbar. Durch die Regelungen in der Arznei- und Hilfsmittelversorgung kann das Preisniveau in diesen Teilsegmenten gedämpft werden. Im Bereich des Systems der privaten Krankenversicherung ist mit geringfügigen Mehrkosten der Versicherungsunternehmen für die Durchführung des Risikoausgleichs zu rechnen. Auswirkungen des Gesetzes auf Einzelpreise, das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht auszuschließen.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 20. Dezember 2006

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Der Bundesrat hat in seiner 829. Sitzung am 15. Dezember 2006 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates wird nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

Angela Merkel

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Der Text des Gesetzentwurfs und der Begründung ist gleich lautend mit dem Text auf den Seiten 5 bis 213 der Bundestagsdrucksache 16/3100.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 829. Sitzung am 15. Dezember 2006 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. **Zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe c**
(§ 5 Abs. 8a Satz 2 und 3 – neu – SGB V)

   In Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe c wird § 5 Abs. 8a wie folgt geändert:

   a) In Satz 2 werden nach dem Wort „Asylbewerberleistungsgesetzes“ die Wörter “ ; das gilt auch, wenn der Leistungsbezug für weniger als einen Monat unterbrochen wird“ eingefügt.

   b) Folgender Satz wird angefügt:

   „Der Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.“

   Begründung

   Es bedarf Regelungen, die bei der angedachten Versicherungspflichtlösung eine Kostenverschiebung durch die Sozialhilfeträger verhindern und eine Gleichbehandlung der Versicherten – unabhängig davon, ob die Mitgliedschaft im Rahmen der freiwilligen Versicherung oder der neuen Versicherungspflicht geführt wird – für Zeiten des sog. nachgehenden Leistungsanspruchs sicherstellen.

   Ausgeschlossen werden muss, dass eine (unter Umständen „gesteuerte“) Unterbrechung des Sozialhilfeleistungsbezugs eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 eintreten lässt, die dann bei einem erneuten Einsetzen der Sozialhilfeleistungen bestehen bleibt. Das könnte dadurch erreicht werden, dass kurzzeitige Unterbrechungen des Leistungsbezugs die Vorrangregelung des § 5 Abs. 8a Satz 2 nicht aushebeln. Als kurzzeitiger Unterbrechungszeitraum wäre ein Zeitraum von bis zu einem Monat zu definieren.

   Sofern dem Programmsatz der neuen Versicherungspflichtregelung zu entnehmen ist, dass auch der sogenannte nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ist, die die neue Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 für diese Zeit (also im ersten Monat) nicht entstehen lässt, würden mit Blick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz verfassungsrechtliche Verwerfungen gegenüber den freiwilligen Mitgliedern eintreten, deren beitragspflichtige Mitgliedschaft sich nahtlos an das Ende der vorherigen Pflichtmitgliedschaft anschließt.

2. **Zu Artikel 1 Nr. 7 Buchstabe a**
(§ 11 Abs. 4 Satz 2, 3 und 4 SGB V)

   In Artikel 1 Nr. 7 Buchstabe a werden in § 11 Abs. 4 die Sätze 2, 3 und 4 durch folgende Sätze ersetzt:

   „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer sorgen gemeinsam für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich zur Erfüllung dieser Aufgabe gegenseitig die erforderlichen Informationen. Die Übermittlung von personenbezogenen Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

   Begründung

   Ein effektives Versorgungsmanagement für einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege ist nur möglich, wenn die gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer gemeinsam durch geeignete Maßnahmen darauf hinwirken. Entsprechend haben sowohl die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer für eine sachgerechte Anschlussversorgung zu sorgen und sich hierbei durch gegenseitige Informationen zu unterstützen.

3. **Zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a und a1 – neu –**
(§ 13 Abs. 2 Satz 2, 3 und 10 SGB V)

   In Artikel 1 Nr. 8 wird Buchstabe a durch folgende Buchstaben ersetzt:

   ‚a) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

   a1) Satz 10 wird wie folgt gefasst:

   „Der Bundesmantelvertrag und Verträge mit Leistungserbringern haben auch die Behandlungspflicht gegenüber Versicherten zu regeln, wenn sich Versicherte ausdrücklich gegen die Wahl der Kostenerstattung entscheiden.“‘

   Begründung

   Aufgrund aufsichtsrechtlicher Erfahrungen ist ergänzend klarzustellen, dass alle Leistungserbringer entsprechend § 2 Abs. 2 Satz 1 zur Behandlung der Versicherten im Rahmen des Sachleistungsprinzips verpflichtet sind, wenn sich Versicherte ausdrücklich gegen die Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung entscheiden. Sofern den Versicherten im Zusammenhang mit einer avisierten Wahl der Kostenerstattung bzw. einer Privatbehandlung ein Termin angeboten bzw. gegeben wird, ist dieser Behandlungstermin auch im Rahmen der Sachleistungserbringung durch den Leistungserbringer einzuhalten. Durch entsprechende Regelungen im Bundesmantelvertrag und in Verträgen mit Leistungserbringern soll die Behandlungspflicht der Leistungserbringer klarstellend festgeschrieben werden.

   Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll dem Deutschen Bundestag einen Bericht über die Erfahrungen zu den Rechtsänderungen in dieser Vorschrift vorlegen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass das ausschließliche Wahlrecht der Versicherten gewahrt bleibt und auch der Umgang der verschiedenen Leistungserbringer mit den Rechtsänderungen dieser Vorschrift erfasst werden sollte. Den Aufsichtsbehörden angetragene Beschwerden können anonymisiert an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleitet werden.

4. **Zu Artikel 1 Nr. 8a – neu –**
(§ 14 Abs. 1 Satz 2 und 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 wird nach Nummer 8 folgende Nummer eingefügt:

‚8a. § 14 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden am Satzende der Punkt durch ein Komma ersetzt und der folgende Halbsatz angefügt:

„sowie eine der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorzusehen.“

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Der auf den Beitrag bezogene Vomhundertsatz der Prämienzahlung darf den Vomhundertsatz des Beihilfeanspruchs des Mitglieds nicht übersteigen.“ ‘

Begründung

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Klarstellung. Dienstordnungsangestellte in der GKV können bisher zu ermäßigtem Beitrag die GKV-Leistungen in vollem Umfang erhalten. Mit Einführung des Gesundheitsfonds 2009 müssen Dienstordnungsangestellte dagegen in Zukunft den vollen Beitrag entrichten. Als Ausgleich dafür ist nunmehr eine Prämienrückzahlung möglich. Aus rechtssystematischen Gründen wird diese Regelung in § 14 eingeordnet.

Zu Buchstabe b

Die Regelung soll sicherstellen, dass die Prämienzahlung den verminderten Teilkostenerstattungsanspruch nicht übersteigt.

5. **Zu Artikel 1 Nr. 12** (§ 20a SGB V)

In Artikel 1 Nr. 12 wird § 20a gestrichen.

Begründung

Mit § 20a werden den Krankenkassen Aufgaben des Arbeitsschutzes auferlegt, die bisher ausschließlich vom staatlichen Arbeitsschutz und den Unfallversicherern zu erledigen waren. Dieses duale System wird seit längerem im Auftrage der Arbeits- und Sozialminister/-senatoren daraufhin untersucht, wie eine Verschlankung der Verfahren erfolgen kann, ohne damit das Niveau des Arbeitsschutzes abzusenken.

Wenn nunmehr den Krankenkassen eine vergleichbare Präventionspflicht zugeordnet wird, werden weitere Strukturen mit der notwendigen Bürokratie aufgebaut. Dies führt zu einem Anstieg der Kosten ohne damit ein Mehr an Prävention erreichen zu können. Eine Verschlankung des Gesamtsystems der Prävention und Überwachung im Bereich Arbeitsschutz wird hiermit nicht erfolgen. Die in § 20 und damit zusammenhängend § 20b festgelegten Pflichten zur Zusammenarbeit und gegenseitiger Information sind zweckmäßig, darüber hinausgehende Pflichten und Rechte zur Durchführung von Arbeitschutzmaßnahmen vor Ort erhöhen aber nicht das Niveau des Arbeitsschutzes.

6. **Zu Artikel 1 Nr. 12**
(§ 20d Abs. 1 Satz 2a – neu – und 3 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 12 wird § 20d Abs. 1 wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über die Aufnahme der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.“

b) In Satz 3 werden die Wörter „der Gemeinsame Bundesausschuss“ durch das Wort „er“ ersetzt.

Begründung

Die positive Entscheidung, die die Krankenkassen belastet, kann nur der Gemeinsame Bundesausschuss treffen und nicht die Ständige Impfkommission. § 20d Abs. 1 Satz 8 ist mit der Regelung kompatibel. Die Vorschrift enthält ein Beschleunigungsmoment für das Entscheidungsverfahren, das der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmen kann. Die Vorschrift des Satzes 3 dient der Klarstellung.

7. **Zu Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe a** (§ 31 Abs. 2a SGB V),
Nr. 20 (§ 35b SGB V),
Nr. 47 (§ 73d SGB V) und
Nr. 117 (§ 139a SGB V)

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass sich die Rahmenbedingungen für Arzneimittelproduktion und -forschung am Standort Deutschland bei einer Umsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs verschlechtern würden und Deutschland damit in diesem wichtigen internationalen Wachstumsmarkt weiter an Boden verlöre.

Der Bundesrat sieht vor allem in folgenden drei Punkten des Gesetzentwurfs Verschärfungen gegenüber den im Sommer dieses Jahres von der Großen Koalition beschlossenen Eckpunkten:

– Kosten-Nutzen-Bewertung (§§ 35b, 139a),
– Erstattungshöchstbetrag (§ 31 Abs. 2a),
– Verordnung besonderer Arzneimittel mit Zweitmeinung (§ 73d).

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, diese Bestimmungen zu überprüfen und an die Eckpunkte anzupassen.

Begründung

Allgemein

Die pharmazeutische Industrie hat für den Wirtschaftsstandort Deutschland eine große Bedeutung. Mit einem Investitionsanteil von 4,9 Prozent des Umsatzes gehört sie zu den überdurchschnittlich investierenden Branchen in Deutschland und löst darüber hinaus erhebliche indirekte Produktions- und Investitionseffekte in anderen Wirtschaftsbereichen aus. Bereits die in der Vergangenheit eingeführten Regulierungen des Arzneimittelmarktes haben zu dem Bedeutungsverlust der deutschen pharmazeutischen Industrie auf dem Weltmarkt mit beigetragen; umso mehr sind bei Entscheidungen im Hinblick auf zusätzliche Regulierungen deren Auswirkungen auf Wertschöpfung und Beschäftigung zu berücksichtigen

und mit dem erhofften Beitrag zur Kostendämpfung abzuwägen.

Zur Kosten-Nutzen-Bewertung

Nach den Eckpunkten soll die Kosten-Nutzen-Bewertung internationalen Standards auf hohem Niveau entsprechen. Der Gesetzentwurf setzt diese Vorgabe jedoch nicht adäquat um und birgt das Risiko, dass der bislang ungenügende methodologische Ansatz des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Nutzenbewertung fortgeführt wird. Internationalen Standards entsprechend sind bei Kosten-Nutzen-Bewertungen die Kostenträger- und die gesellschaftliche Perspektive einzunehmen. Entsprechend sind Nutzen und Kosten möglichst vollständig zu berücksichtigen. Dabei beinhalten gesundheitsökonomische Analysen zwangsläufig ein breites Spektrum verschiedener Studientypen, die sich nicht nur auf die von der evidenzbasierten Medizin primär geforderten klinischen Studien beschränken (so Gesetzentwurf), sondern auch epidemiologische Kohortenstudien, Datenbankanalysen und Analysen von GKV-Verordnungsdaten in die Modellierung einbeziehen. Hinzu kommt, dass das Institut, welches die Kosten-Nutzen-Analyse durchführt, nicht gleichzeitig auch selbst die Angemessenheit und Erreichung internationaler Standards prüfen und bescheinigen sollte; hierzu sind externe, transparente Kontrollmechanismen erforderlich.

Zum Erstattungshöchstbetrag

Es ist zunächst fraglich, ob die Festlegung eines Erstattungshöchstbetrages für innovative festbetragsfreie Arzneimittel mit dem Gedanken des Innovationsschutzes kompatibel ist. Durch die Einführung von Höchstbeträgen würden Innovationen neben der Vielzahl der bereits bestehenden Instrumente – wie etwa Festbeträge, Zwangsrabatte, Bonus-Malus-Regelungen – einem weiteren Preisregime unterworfen, ohne dass bislang die Wechselwirkungen dieser sich zum Teil widersprechenden oder gar gegenseitig aufhebenden Regulierungsmaßnahmen bekannt sind. Unabhängig davon ist sicherzustellen, dass – wie in den Eckpunkten vorgesehen – bei der Festlegung solcher Erstattungshöchstbeträge die Gesamtleistung des Unternehmens berücksichtigt wird und dies nicht auf die Entwicklungsleistung für das konkrete Arzneimittel verengt wird; der forschenden pharmazeutischen Industrie muss es grundsätzlich ermöglicht werden, auch die Aufwendungen für marktferne Forschung und fehlgeschlagene Entwicklungen zu refinanzieren.

Zur Verordnung besonderer Arzneimittel mit Zweitmeinung

Im Gesetzesentwurf sind nur sehr vage Kriterien für die Auswahl der „besonderen Arzneimittel“ vorgesehen. Eine Anpassung an den ursprünglichen Text des Eckpunktepapiers, in dem präziser auf die Therapiequalität und auf hohe Jahrestherapiekosten von Arzneimittelinnovationen abgestellt wurde, diente der Klarstellung und würde den Zugang der Patienten zu medizinisch notwendigen Arzneimitteln erleichtern. Bereits heute sind in Deutschland viele chronisch kranke Menschen unterversorgt, obwohl wirksamere Medikamente zu Einsparungen in anderen Bereichen führen können.

8. **Zu Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe a**
(§ 31 Abs. 2a, 2b – neu – und 2c – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 16 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

‚a) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze eingefügt:

„(2a) Für Arzneimittel, die nicht in eine Festbetragsgruppe nach § 35 einzubeziehen sind, setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam nach § 213 Abs. 2 und im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmen einen Höchstbetrag fest, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen. Der Höchstbetrag ist aufgrund einer Bewertung nach § 35b Abs. 1 Satz 2 festzusetzen. Dabei sind die anteiligen Entwicklungskosten für die im Geltungsbereich dieses Gesetzes angewendeten Arzneimittel während der Dauer des Unterlagenschutzes zu berücksichtigen. Können sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und das pharmazeutische Unternehmen nicht einigen, wird der Höchstbetrag, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen, nach vorheriger Anhörung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie festgesetzt. § 31 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(2b) Sofern die Kosten-Nutzen-Bewertung eine Kosteneffektivität des Arzneimittels ergeben hat, findet Absatz 2a keine Anwendung.

(2c) Übersteigt der Preis des Arzneimittels den Höchstbetrag, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.“ ‘

Begründung

Zur Vereinfachung des Verfahrens und zur Vermeidung von vorhersehbaren Berechnungs- und Abgrenzungsproblemen wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Kann-Bestimmung, den Erstattungshöchstbetrag auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmen festzulegen, zum Regelfall erhoben. Für den Fall, dass sich Spitzenverbände der Krankenkassen und pharmazeutisches Unternehmen nicht auf einen Höchstbetrag, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen, einigen können, findet die Festlegung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie statt. Im Übrigen werden Teile der Begründung in den Gesetzestext übernommen.

9. **Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe a**
(§ 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe a wird in § 33 Abs. 1 Satz 2 das Wort „insbesondere“ gestrichen.

Begründung

Das Wort „insbesondere“ kann gestrichen werden, da die verbleibende gesetzliche Regelung präzise den Rechtsanspruch definiert. Bliebe das Wort „insbesondere“ im Gesetzestext enthalten, bliebe unklar, welche weiteren Tatbestände eine Versorgung durch die Krankenkasse mit Hilfsmitteln nicht mehr ausschließen sollen. Dazu trifft die Gesetzesbegründung keine Aussage, so dass die Streichung klarstellenden Charakter hat.

10. **Zu Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe e**
(§ 33 Abs. 6, 7 und 8 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe e wird § 33 Abs. 6 wie folgt gefasst:

„(6) Die Versicherten können alle zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Die Krankenkasse übernimmt für die Versorgung mit Hilfsmitteln die nach § 127 ermittelten Preise; bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrages. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, zahlt die Krankenkasse gleichfalls den nach § 127 ermittelten Preis oder höchstens den festgesetzten Festbetrag; die sich daraus ergebenden Mehrkosten für das Hilfsmittel sowie die dadurch bedingten höheren Folgekosten haben die Versicherten selbst zu tragen.“

Folgeänderungen

a) Absatz 7 wird gestrichen.

b) In Absatz 8 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 6 Satz 2“ ersetzt.

Begründung

Der Gesetzentwurf muss dafür Sorge tragen, dass die bewährten mittelständischen Strukturen im Bereich der Leistungserbringung bei Hilfsmitteln nicht nachhaltig beschädigt werden.

11. **Zu Artikel 1 Nr. 20**
(§ 35b Überschrift, Abs. 1 und 2 SGB V)

Artikel 1 Nr. 20 wird wie folgt gefasst:

‚20. § 35b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 35b
Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Arzneimitteln“.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bewertet bei Beauftragung nach § 139b Abs. 1 und 2 das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln. Bewertungen nach Satz 1 können für jedes erstmals verordnungsfähige Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen sowie für andere Arzneimittel, deren Jahrestherapiekosten 20 000 Euro übersteigen, erstellt werden. Das Institut erstellt aufgrund eines Auftrags nach Satz 1 eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel (Kosten-Nutzen-Bewertung). Die Kosten-Nutzen-Bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten. Beim Patientennutzen sollen insbesondere die Verbesserung der Lebensqualität, auch aber nicht nur durch eine Verringerung der Nebenwirkungen, die Verkürzung der Krankheitsdauer und eine Verlängerung der Lebensdauer, bei der wirtschaftlichen Bewertung auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft angemessen berücksichtigt werden. Das Institut legt bei der Kosten-Nutzen-Bewertung den international akzeptierten Standard zugrunde und gewährleistet insbesondere hohe Verfahrenstransparenz, angemessene Beteiligung externen medizinischen Sachverstands, insbesondere auch der Fachgesellschaften, der Patienten und der Industrie. Das Institut erarbeitet mit externen Fachexperten einheitliche Methoden für die Erarbeitung der Bewertungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu genehmigen sind, und veröffentlicht diese abruffähig im Internet.“

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Bewertungen nach Absatz 1 werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlung zur Beschlussfassung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 zugeleitet. Sie sind in geeigneten Abständen zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen. Bei Vorliegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist die Bewertung auf Antrag der Hersteller zu überprüfen.“‘

Begründung

Die Änderung setzt gegenüber dem Gesetzentwurf die Beteiligung der betroffenen Kreise auf das verfassungsmäßig gebotene Mindestmaß herauf. Die Erarbeitung einheitlicher Methoden in Zusammenarbeit mit externen Fachexperten ist gerade vor dem Hintergrund der teilweise sehr umstrittenen Methoden des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in der Vergangenheit unerlässlich. So ist der Vorbericht für die Nutzenbewertung der Stammzelltherapie von den Fachgesellschaften heftig angegriffen worden und wird jetzt überarbeitet. Der international übliche Standard der Kosten-Nutzen-Bewertung ist einer erheblichen Dynamik unterworfen, so dass eine Dominanz von Einzelmeinungen nur durch die Einbindung externer Sachverständiger verhindert und nur so das notwendige Maß an Akzeptanz erreicht werden kann.

12. **Zu Artikel 1 Nr. 22 Buchstabe a und b Doppelbuchstabe aa**
(§ 37 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nr. 22 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

‚a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Haushalt“ ein Komma eingefügt und die Wörter „oder ihrer Familie“ durch die Wörter „ihrer Familie, in betreuten Wohnformen oder anderen geeigneten Orten mit Ausnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,“ ersetzt.‘

b) Buchstabe b Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:

‚aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie, in betreuten Wohnformen oder anderen geeigneten Orten mit Ausnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.“‘

Begründung

Präzisierung des Gesetzestextes ohne inhaltliche Änderung.

13. **Zu Artikel 1 Nr. 23**
(§ 37b Abs. 1 Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 23 wird dem § 37b Abs. 1 folgender Satz angefügt:

„Die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung arbeiten mit den ambulanten Hospizdiensten und den stationären Hospizen (§ 39a) sowie den Anbietern weiterer Begleitleistungen, insbesondere aus den Berufsfeldern Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie und Physiotherapie, integrativ zusammen.“

Begründung

Es ist entscheidend, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung als integrative und multiprofessionelle Leistung erbracht wird. Unter dem Begriff „Begleitleistungen“ sind insbesondere weitere therapeutische, psychosoziale und seelsorgerlich-spirituelle Angebote zusammengefasst.

Die Änderung greift einen entsprechenden Vorschlag aus der Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) zum Entwurf des GKV-WSG auf.

14. **Zu Artikel 1 Nr. 23a – neu –** (§ 38a – neu – SGB V),
Nr. 15a – neu – (§ 27 Abs. 1 Nr. 5a – neu – SGB V),
Nr. 36a – neu – (§ 60 Abs. 2 Nr. 3 – neu – SGB V) und
Nr. 103 (§ 133 Überschrift, Abs. 1 Satz 1 – neu –, Satz 4 und 5, Abs. 2 Satz 1 – neu –, Abs. 3 – neu – SGB V)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 23 wird folgende Nummer eingefügt:

‚23a. Nach § 38 wird folgender § 38a eingefügt:

„§ 38a
Leistungen des Notarzt- und des Rettungsdienstes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen des Notarzt- und des Rettungsdienstes. Diese umfassen Notfallrettung, ärztlich begleiteten Patiententransport und Krankentransport im Rahmen der Rettungsdienstgesetze der Länder.

(2) Notfallrettung umfasst die präklinische Notfallversorgung sowie den sich gegebenenfalls anschließenden Notfalltransport. Der ärztlich begleitete Patiententransport umfasst Fahrten, bei denen der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen der ärztlichen Betreuung oder Überwachung bedarf. Krankentransport umfasst Fahrten von Versicherten, die im Zusammenhang mit der Fahrt einer Betreuung durch nichtärztliches medizinisches Fachpersonal oder der besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

(3) Für Leistungen der Notfallversorgung trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe der nach § 133 vereinbarten oder festgelegten Vergütung. Der Einzug der Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages erfolgt durch die Krankenkasse. Für die Übernahme der Kosten von Notfalltransporten, ärztlich begleiteten Patiententransporten und Krankentransporten gilt § 60. Ärztliche Leistungen bei ärztlich begleiteten Patiententransporten werden in Höhe der nach § 133 vereinbarten oder festgesetzten Vergütungen bezahlt. Dies gilt auch für notärztliche Leistungen, soweit diese nicht aufgrund landesrechtlicher Regelung Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind.“‘

b) Nach Nummer 15 wird folgende Nummer eingefügt:

‚15a. In § 27 Abs. 1 wird nach Nummer 5 folgende Nummer eingefügt:

„5a. Leistungen des Notarzt- und des Rettungsdienstes,“‘.

c) Nach Nummer 36 wird folgende Nummer eingefügt:

‚36a. § 60 Abs. 2 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer medizinisch fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist,“‘.

d) Nummer 103 wird wie folgt gefasst:

‚103. § 133 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 133
Versorgung mit Leistungen des Notarzt- und des Rettungsdienstes sowie mit Krankenfahrten“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Notarzt- und des Rettungsdienstes nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 Abs. 1 bis 3 mit dafür geeigneten Leistungserbringern.“

bb) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

c) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „des Rettungsdienstes“ durch die Wörter „des Notarzt- oder des Rettungsdienstes“ ersetzt.

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Absatz 1 gilt auch für Krankenfahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.“ ‘

Begründung

Zu den Buchstaben a und b

Die Neuregelungen beseitigen bestehende Regelungslücken und Unwirtschaftlichkeitspotenziale. Mit ihnen wird der Notarzt- und der Rettungsdienst als eigenständiges Leistungssegment normiert. Nach der bisherigen Rechtslage wurde der Rettungsdienst allein von den Vorschriften über die Fahrkosten in § 60 erfasst. Dies hat zur Folge, dass derzeit ein Transportvorgang Abrechnungsvoraussetzung ist und führt insbesondere in der Notfallrettung dazu, dass in vielen Fällen medizinisch nicht zwingend notwendige Transporte vorgenommen werden, um präklinisch erbrachte medizinische Leistungen überhaupt abrechnen zu können. Folge sind unnötige Krankenhauseinweisungen. Ist der Patient aber erst im Krankenhaus, entstehen dort in jedem Fall Kosten, die vermeidbar gewesen wären, wenn die medizinische Leistung der Notfallversorgung separat abrechenbar gewesen wäre. Eine differenziertere Abrechnung des Rettungsdienstes wird durch die vorgesehene Normierung eines eigenen Leistungsbereichs „Notarzt- und Rettungsdienst“ erreicht.

Mit der ausdrücklichen Erwähnung auch des Notarztdienstes in der neuen Nummer 5a des § 27 sowie in dem neu geschaffenen § 38a wird auch die derzeit bestehende Unklarheit hinsichtlich der Abrechnung der ärztlichen Leistung im Rettungsdienst beseitigt. Soweit die notärztliche Versorgung nicht aufgrund landesrechtlicher Bestimmung nach § 75 Abs. 1 Satz 2 Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung ist, bietet derzeit allenfalls § 133 eine Grundlage für die Abrechnung der notärztlichen Leistung, da ärztliche Leistungen ansonsten grundsätzlich nur als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung oder der Krankenhausbehandlung vergütet werden. Die derzeitige Regelung in § 133 bezieht sich aber vorrangig auf die Fahrkosten und berücksichtigt nicht ausdrücklich die ärztliche Versorgung des Notfallpatienten. Insofern dient die Änderung der Klarstellung. Gleichzeitig wird eine bestehende Regelungslücke hinsichtlich der Kostentragung für die ärztliche Begleitung von Patiententransporten geschlossen. Der Begriff „ärztlich begleitete Patiententransporte“ führt im Übrigen nicht zu einer Leistungsausweitung, sondern lediglich zu einer Klarstellung hinsichtlich bereits stattfindender Transporte. Ärztliche Transportbegleitung ist insbesondere bei Intensivtransporten notwendig. Diese werden in den Rettungsdienstgesetzen der Länder unterschiedlich behandelt, teils als Notfallrettung, teils als Krankentransport. Der Begriff „ärztlich begleitete Verlegung“ vermeidet die hieraus entstehenden Abgrenzungsschwierigkeiten und erfasst zweifelsfrei auch Transporte, die nicht unter Intensivtransporte zu subsumieren sind, aber gleichwohl ärztliche Begleitung aus medizinischen Gründen erfordern.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Einfügung von Artikel 1 Nr. 23a und 15a.

Zu Buchstabe d

Die Buchstaben a bis c enthalten redaktionelle Anpassungen an die vorherigen Änderungen. Buchstabe d trägt der Tatsache Rechnung, dass es im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes weder Leistungen des Rettungsdienstes noch des Krankentransports gibt, sondern lediglich Krankenfahrten, bei denen die beförderte Person während der Fahrt weder einer medizinisch fachlichen Betreuung noch der besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens bedarf und dies auch nicht aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankenfahrten im Sinne des § 7 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten – Krankentransport-Richtlinien). Leistungen des Rettungsdienstes richten sich nach den Rettungsdienstgesetzen der Länder. § 133 Abs. 3 ist entsprechend anzupassen.

Der in der ursprünglichen Fassung des Gesetzentwurfs in Artikel 1 Nr. 103 Buchstabe b vorgesehene pauschale Abschlag in Höhe von 3 Prozent auf die vertraglich vereinbarte Vergütung ist zu streichen. Ein Abschlag würde dazu führen, dass mangels Kostendeckung entweder Leistungseinschränkungen im Rettungsdienst notwendig werden oder die Hilfsorganisationen die von den Krankenkassen abgezogenen 3 Prozent von den Patienten verlangen müssen. Beides ist als Lösung nicht akzeptabel, zumal die finanzielle Situation des öffentlichen Rettungsdienstes aufgrund der vielfältigen Sparbemühungen der letzten Jahre ohnehin äußerst angespannt ist. Der richtige Weg zur Kostenminimierung führt nicht über pauschale Abschläge, sondern über eine verstärkte Kostenkontrolle.

Die in der Begründung des vorliegenden Gesetzentwurfs enthaltene Aussage, es seien Ausgabeabschläge erforderlich, weil die Ausgaben für Fahrkosten in den letzten Jahren überproportional gestiegen seien, geht im Übrigen an der Tatsache vorbei, dass gerade die aufgrund der verschiedenen Reformen des Gesundheitswesens eingetretenen und noch weiter zu erwartenden Änderungen in der Krankenhausstruktur bereits jetzt und zunehmend in der Zukunft zu einem höheren Einsatzaufkommen, zu längeren Fahrstrecken, zu einem insgesamt höheren Aufwand und damit zu weiter wachsenden Kosten im Rettungsdienst führen.

Leistungseinschränkungen wären insbesondere in der Notfallrettung mit gravierenden Folgen verbunden. Eine Geltendmachung des von den Kassen nicht übernommenen Entgeltanteils durch Hilfsorganisationen gegenüber Patienten hätte zu Folge, dass die Patienten neben der von ihnen zu tragenden Zuzahlung nach § 61 einen weiteren Eigenanteil an der rettungsdienstlichen Leistung zu tragen hätten. Dies wäre zudem mit einer Vielzahl zusätzlicher Abrechnungen verbunden, die zu einem nicht vertretbaren Verwaltungsmehraufwand bei den Organisationen führen würden.

15. **Zu Artikel 1 Nr. 27** (§ 40a Satz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 27 wird in § 40a nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„§ 40 Abs. 3 bis 7 gilt entsprechend.“

Begründung

Nach § 40a wird ein Leistungsanspruch auf geriatrische Rehabilitation normiert. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 bleiben eine Kann-Leistung der Krankenkassen. Zur medizinischen Rehabilitation bestimmen die Krankenkassen nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen (Absatz 3). Weiterhin regeln die Absätze 4 bis 7 die Zuzahlungen des Versicherten und den Leistungsanspruch, soweit andere Träger der Sozialversicherung solche Leistungen nicht erbringen. Durch den Verweis auf § 40 Abs. 3 bis 7 wird klargestellt, dass diese Regelungen auch beim Leistungsanspruch nach § 40a zur geriatrischen Rehabilitation zur Anwendung kommen.

16. **Zu Artikel 1 Nr. 27** (§ 40a Satz 1b – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 27 wird in § 40a nach Satz 1a – neu – folgender Satz eingefügt:

„In Verbindung mit § 39 Abs. 1 bestehende länderspezifische Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen.“

Begründung

Die geriatrische Versorgung ist in den Ländern unterschiedlich strukturiert. Die gewachsenen und bewährten Versorgungsstrukturen sollen beibehalten werden können.

17. **Zu Artikel 1 Nr. 32** (§ 52a Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 32 werden in § 52a Satz 2 die Wörter „regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung“ durch die Wörter „wird durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit geregelt“ ersetzt.

Begründung

Die bundeseinheitlich geltende Durchführungsverordnung stellt sicher, dass für alle Krankenkassen die gleichen Einzelheiten der Durchführung gelten.

18. **Zu Artikel 1 Nr. 33**
(§ 53 Abs. 3 Satz 2, Abs. 5 Satz 3 – neu – und Abs. 8 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 33 wird § 53 wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für diese Versicherten kann die Krankenkasse Zuzahlungsermäßigungen oder Prämienzahlungen an oder durch Versicherte vorsehen.“

b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 8 gilt nicht.“

c) In Absatz 8 Satz 1 wird nach dem Wort „aus“ das Wort „Einnahmen,“ eingefügt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Derzeit sieht § 53 vorwiegend Tarifmöglichkeiten vor, die als Anreiz für die Versicherten Prämienzahlungen an diese oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Die Grundidee des Gesetzgebers zum Ausbau wettbewerblicher Strukturen sollte konsequent umgesetzt und daher auch eine Tarifoption geschaffen werden, die den Versicherten die Wahl für ein qualitätsvolleres und umfassenderes Leistungsangebot ermöglicht. Hierfür ist als Äquivalent die Möglichkeit einer Prämienzahlung durch den Versicherten vorzusehen.

Dies ist dann im Sachleistungsbereich eine analoge Regelung zu den Wahltarifen bei der Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4, die mit speziellen Prämienzahlungen durch die Versicherten verbunden werden können.

Zu Buchstabe b

Den Wahltarif „Krankengeld“ können Versicherte wählen, die keinen oder nur einen begrenzten Pflichtleistungsanspruch auf Krankengeld haben. Insoweit können sich Einsparungen und Effizienzsteigerungen in der Krankenversicherung nicht ergeben.

Zu Buchstabe c

Folgeregelung zu Buchstabe a. Gleichzeitig wird damit eine Quersubventionierung ausgeschlossen.

19. **Zu Artikel 1 Nr. 33** (§ 53 Abs. 7 Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 33 werden in § 53 Abs. 7 Satz 4 nach dem Wort „betragen“ die Wörter „; dies gilt nicht für Prämienzahlungen nach Absatz 6“ eingefügt.

Begründung

Bisher betrug die satzungsmäßige Beitragsermäßigung nach § 243 für Mitglieder, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt hatten, mindestens 50 Prozent. Durch die Änderung in § 243 entfällt die Möglichkeit einer Beitragsermäßigung. Stattdessen ist nun in § 53 Abs. 6 eine entsprechende Prämienrückzahlung vorgesehen. Sämtliche Möglichkeiten von Prämienzahlungen an Versicherte nach § 53 sind der Höhe nach auf höchstens 30 Prozent der vom Mitglied getragenen Beiträge bzw. 900 Euro jährlich begrenzt. Um für den oben genannten Personenkreis dadurch eine unbillige Schlechterstellung zu verhindern, ist diese Fallgestaltung von der Begrenzung auszunehmen.

20. **Zu Artikel 1 Nr. 40a – neu –**
(§ 69 Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 wird nach Nummer 40 folgende Nummer eingefügt:

‚40a. In § 69 Satz 3 werden nach den Wörtern „Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches“ die Wörter „sowie des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb und des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen“ eingefügt.‘

Begründung

Zur Änderung des § 69 mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat mit Urteil (Az. I ZR 164/03) vom 23. Februar 2006 der Bundesgerichtshof entschieden, dass es sich bei § 69 nicht nur um eine Rechtswegzuweisung, sondern um eine auch materiell-rechtliche Vorschrift handelt. Damit scheide im Bereich des SGB V die Anwendung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) generell aus. Entsprechendes dürfte für das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) gelten.

Die Möglichkeiten der Kassen, Rabattverträge sowie Einzelverträge abzuschließen, werden erheblich erweitert. Die liberalisierten Fusionsmöglichkeiten für die Kassen werden in kürzester Zeit flächendeckende Monopole und Oligopole entstehen lassen. Vom Gesetzgeber gewünschte Elemente wie Ausschreibungen, insbesondere im großteils handwerklich strukturierten Hilfsmittelbereich, werden den Selektionsprozess auf der Leistungserbringerseite drastisch erhöhen. Dies gilt insbesondere deshalb, da bei kleineren regionalen Teilmärkten der Zuschlag zu Gunsten eines Leistungserbringers existenzvernichtend für die übrigen wirken kann. Deshalb ist es angesichts der Marktmacht der Kassen zum Schutz der Leistungserbringer erforderlich, die allgemein geltenden Vorschriften des Wettbewerbsrechts für anwendbar zu erklären, soweit nicht spezielle Erfordernisse des Krankenversicherungsrechts entgegenstehen. Es ist Aufgabe des gerichtlichen Entscheidungsfindungsprozesses, in Abwägung des Einzelfalls zu entscheiden, ob und inwieweit das Wettbewerbsrecht verbunden mit den von ihm geschützten Interessen aufgrund der Besonderheiten des Gesundheitsmarktes zurücktreten muss. GWB und UWG haben einen grundsätzlich universellen Anspruch, bereits jetzt umfasst das Wettbewerbsrecht eine Vielzahl unterschiedlichster Teilmärkte (z. B. Strommarkt, Telekommunikationsmarkt, Baugewerbe). Es muss und kann deshalb auch im Bereich des Gesundheitsmarktes zur Geltung gebracht werden.

Umgekehrt müssen auch die Kassen durch die Anwendung des Wettbewerbsrechts geschützt werden. Das liberalisierte Vertragsrecht birgt bei monopol- bzw. oligopolartigen Strukturen der Leistungserbringer die dringende Gefahr der Erpressung der Kassen zur Durchsetzung höherer Vergütungen oder Entgelte. Dies gilt insbesondere bei hochspezialisierten Leistungen, die bereits jetzt von wenigen Marktteilnehmern erbracht werden (Gefahr von „Fluglotsenstreiks“). Infolge der vom Gesetzgeber gewollten Schwächung der Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden mit der Aufweichung der öffentlich-rechtlichen Beschränkung der Interessenvertretung der Ärzte ist zu erwarten, dass berufsständische Organisationen, die keiner staatlichen Kontrolle unterliegen, ihre Interessen ohne Rücksicht auf das Gemeinwohl durchsetzen. So gab es bereits in der Vergangenheit Versuche, die Kassen durch kollektiv organisierte Kündigungen von DMP-Verträgen zu erpressen.

21. **Zu Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe a – neu – und b – neu –**
(§ 71 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 5 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nr. 41 wird wie folgt gefasst:

‚41. § 71 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „dass“ das Wort „Beitragssatzerhöhungen“ durch das Wort „Beitragserhöhungen“ ersetzt und nach dem Wort „Wirtschaftlichkeitsreserven“ die Wörter „ohne Beitragssatzerhöhungen“ gestrichen.

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a ff. sind unabhängig von Absatz 4 auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in denen sie wirksam werden, vorzulegen.“‘

Begründung

Zu Buchstabe a

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

In den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006 ist konsentiert, dass an den bestehenden Aufsichtskompetenzen grundsätzlich festgehalten wird. Gleichzeitig wurde vereinbart, dass die Länderaufsichtsbehörden zur Gewährleistung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung auch in einem durch Einzelverträge stärker wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen die Aufsichtskompetenz über die Versorgungsvertragsgestaltung und damit über die Sicherstellung der Versorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich auch bei über die Landesgrenzen hinaus agierenden Kassen erhalten. Diese Vereinbarung ist bisher nicht umgesetzt.

Mit der Änderung werden zumindest die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Länder

einen umfassenden Überblick über die in ihrem Land geltenden vertraglichen Regelungen erhalten. Nur so können sie ihrer Pflicht zur Gewährleistung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in ihrem Land halbwegs gerecht werden.

Die in den Eckpunkten enthaltene weitergehende Aufsichtskompetenz ist damit aber weiterhin nicht umgesetzt.

22. **Zu Artikel 1 Nr. 45** (§ 73b Abs. 3 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 45 werden in § 73b Abs. 3 Satz 2 nach dem Wort „Behandlung“ die Wörter „mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte“ eingefügt.

Begründung

Augenärzte und Frauenärzte sollten auch im Hausarztsystem ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können.

23. **Zu Artikel 1 Nr. 45**
(§ 73b Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 und 4 – neu –, Satz 7 und 8 – neu – und Abs. 7 Satz 1, 1a – neu –, 2 und 4 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 45 wird § 73b wie folgt geändert:

a) Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 2 Nr. 3 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„4. Kassenärztliche Vereinigungen und deren Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a.“

bb) Nach Satz 6 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen und die Zuweisung der Vergütung erfolgt durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 75 Abs. 2 Satz 2, sofern nichts anderes vereinbart wird. Die Krankenkassen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bezirk zugelassene Vertragsärzte oder wohnhafte Versicherte an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, über den im Vertrag vereinbarten Versorgungsauftrag und über die teilnehmenden Ärzte zu informieren.“

b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 im hausärztlichen Vergütungsanteil gemäß § 85 Abs. 4 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf tatsächlich vermindert hat. Der Nachweis erfolgt im Rahmen der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Ab dem 1. Januar 2009 vermindert sich der Vergütungsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 85a Abs. 2 um die Leistungen, die von den an Verträgen nach Absatz 4 teilnehmenden Vertragsärzten des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten erbracht werden.“

bb) In Satz 4 sind nach dem Wort „Gesamtvertragspartnern“ die Wörter „nach Satz 1 sowie den für die Krankenkassen oder die Gesamtvertragspartner zuständigen Aufsichtsbehörden“ einzufügen.

Begründung

Die Neuregelungen, die die Krankenkassen zu einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung verpflichten, sollten noch wettbewerbsorientierter gestaltet werden. Dazu zählt, dass Krankenkassen alleine oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen entsprechende Verträge auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Dienstleistungsgesellschaften abschließen können.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Ergänzung der Aufzählung in Absatz 4 um die Kassenärztlichen Vereinigungen als zusätzliche mögliche Vertragspartner im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung ist somit die Fortführung der Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsarztrechts. Dabei ist es konsequent, auch Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a mit einzubeziehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Eine Abrechnung und Vergütungszuweisung durch die Kassenärztliche Vereinigung auch in Fällen, in denen sie nicht Vertragspartner ist, gewährleistet, dass die erforderlichen Prüfungen von Abrechnungsvoraussetzungen, von Qualitätsanforderungen und der Plausibilität der Abrechnung, zum Beispiel zur Vermeidung eventueller Doppelabrechnungen, nach wie vor effizient durchgeführt werden können und eine flächendeckende Sicherstellung außerhalb der hausarztzentrierten Versorgung gewährleistet wird. Dennoch sollte den Vertragsparteien die Möglichkeit eingeräumt werden, eine hiervon abweichende Regelung zu vereinbaren.

Weiterhin ist es aus Gründen der Transparenz und Offenheit zweckmäßig, dass die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen über den Abschluss und die Inhalte hausarztzentrierter Versorgungsverträge informiert werden. Eine entsprechende Anfügung in Absatz 4 ist daher angezeigt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Neufassung in Absatz 7 Satz 1 und 1a wird klargestellt, dass der Abzug innerhalb der Gesamtvergütung den hausärztlichen Teil betrifft und in den Jahren 2007 und 2008 nur in dem Umfang vorgenommen

werden kann, in dem teilnehmende Versicherte tatsächlich durch die am Vertrag beteiligten Vertragsärzte versorgt worden sind.

Durch die Neufassung in Absatz 7 Satz 2 wird klargestellt, dass es nach der Reform der vertragsärztlichen Vergütung eines Vorwegabzugs nicht mehr bedarf. Vielmehr reicht vor dem Hintergrund einer weitestgehend fallpauschalierten Gebührenordnung die gesonderte Kennzeichnung von Leistungen, welche im Rahmen eines Versorgungsvertrags nach Absatz 4 erbracht werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Bei der Einfügung der Wörter „nach Satz 1“ handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Mit Blick auf die bessere Koordinierung mit dem System der vertragsärztlichen Versorgung und die Klarheit über die Voraussetzungen eventueller Bereinigungen haben die Kassen die für das Bereinigungsverfahren erforderlichen Daten nicht nur den Gesamtvertragspartnern, sondern auch ihren eigenen Aufsichtsbehörden sowie den für die Gesamtvertragspartner zuständigen Aufsichtsbehörden zu übermitteln.

24. **Zu Artikel 1 Nr. 46**
(§ 73c Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 46 werden in § 73c Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 der Punkt durch ein Komma ersetzt und die folgende Nummer 5 angefügt:

„5. Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a.“

Begründung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Möglichkeit, ihre Funktion der Interessenvertretung für die Vertragsärzte auch mittelbar durch ihre Dienstleistungsgesellschaften im Rahmen von Verträgen nach §73c zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung auszuüben.

25. **Zu Artikel 1 Nr. 46** (§ 73c Abs. 6 Satz 4 SGB V) und **Nr. 121 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc** (§ 140d Abs. 2 Satz 4 SGB V)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 46 werden in § 73c Abs. 6 Satz 4 nach dem Wort „Gesamtvertragspartnern“ die Wörter „sowie den für die Krankenkassen oder die Gesamtvertragspartner zuständigen Aufsichtsbehörden“ eingefügt.

b) In Nummer 121 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc werden in § 140d Abs. 2 Satz 4 nach dem Wort „Gesamtvertragspartnern“ die Wörter „sowie den für die Krankenkassen oder die Gesamtvertragspartner zuständigen Aufsichtsbehörden“ eingefügt.

Begründung

Mit Blick auf die bessere Koordinierung mit dem System der vertragsärztlichen Versorgung und die Klarheit über die Voraussetzungen eventueller Bereinigungen haben die Kassen die für das Bereinigungsverfahren erforderlichen Summen nicht nur den Gesamtvertragspartnern sondern auch ihren eigenen Aufsichtsbehörden sowie den für die Gesamtvertragspartner zuständigen Aufsichtsbehörden zu übermitteln.

26. **Zu Artikel 1 Nr. 47**
(§ 73d Abs. 1 Satz 1, 4, 5 und 6 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 47 wird § 73d Abs. 1 wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

Nach den Wörtern „(besondere Arzneimittel)“ werden die Wörter „und die Jahrestherapiekosten von mehr als 20 000 Euro erwarten lassen“ eingefügt.

b) Satz 4 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Insbesondere ist vorzusehen, dass die Abstimmung mit einem Arzt nach Absatz 2, die erstmalige Verordnung oder Wiederholungsverordnung durch den Arzt nach Absatz 2 innerhalb von zehn Tagen nach Zugang der entsprechenden Anfrage des behandelnden Arztes zu erfolgen hat. Mit Ablauf dieser Frist gilt die Abstimmung als erfolgt. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte seiner Mitwirkungspflicht nicht genügt.“

Begründung

Das Zweitmeinungsverfahren ist nur für kostenintensive Arzneimittel vorgesehen. Eine zu starke Ausdehnung des Kreises der zweitzubegutachtenden Medikamente würde nicht nur dazu führen, dass den Patienten der Zugang zu bestimmten Arzneimitteltherapien deutlich erschwert wird, sondern auch zu einem starken Anstieg des bürokratischen Aufwands. Deshalb ist zum einen der Kreis der betroffenen Medikamente auf diejenigen zu beschränken, die Jahrestherapiekosten von über 20 000 Euro erwarten lassen. Zum anderen ist eine Fristsetzung für die Entscheidung des Arztes für besondere Arzneimitteltherapie notwendig, damit der Beginn der entsprechenden Therapien nicht unnötig hinausgezögert wird. Die Konkretisierung der Therapien, bei denen Jahrestherapiekosten von über 20 000 Euro zu erwarten sind, erfolgt in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

27. **Zu Artikel 1 Nr. 48** (§ 75 Abs. 3a SGB V)

Artikel 1 Nr. 48 wird wie folgt gefasst:

‚48. Nach § 75 Abs. 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung von Versicherten, die einen brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder einen Standardtarif nach § 314 abgeschlossen haben, Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen mit Versicherungsunternehmen und dem Verband der privaten Krankenversicherung abschließen. Das Gleiche gilt für Verträge mit Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften. Den Verträgen nach den Sätzen 1 und 2 können Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren beitreten.“‘

Begründung

Mit dieser Vorschrift wird den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eingeräumt, für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung der im Basistarif und im Standardtarif versicherten Personen mit den Krankenversicherungsunternehmen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und den Beihilfekostenträgern Verträge abzuschließen. Die Leistungserbringer können diesen Verträgen beitreten.

Damit wird vermieden, dass eine verfassungswidrige Behandlungspflicht der Leistungserbringer statuiert wird, die gegen das Grundrecht auf Berufsausübungsfreiheit verstößt. Eine Behandlungspflicht könnte aufgrund der Öffnung des Basistarifs für PKV-Versicherte und freiwillig GKV-Versicherte auch nicht durch das Argument der sozialen Schutzbedürftigkeit gerechtfertigt werden. Im Übrigen hätte der Bund auch keine Regelungskompetenz für den Bereich der ärztlichen Berufsausübung, da diese nicht von Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 des Grundgesetzes – Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen – umfasst ist. Zugleich wird durch die getroffene Vertragslösung der öffentlich-rechtliche Auftrag der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nicht in unzulässiger Weise mit dem zivilrechtlich strukturierten privaten Arztbehandlungsvertrag vermischt.

Die Vertragslösung entspricht dem bereits praktizierten Verfahren bei Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse, die der Mitgliedergruppe A angehören (Beamte des einfachen Dienstes, Besoldungsgruppen A 2 bis A 6).

28. **Zu Artikel 1 Nr. 49** (§ 77a Abs. 2 Nr. 2a – neu –, 2b – neu – und 6 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 49 wird § 77a Abs. 2 wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 2 werden folgende Nummern eingefügt:

„2a. technische Unterstützung bei der elektronischen Kommunikation und der elektronischen Patientenakte durch Betriebssysteme und Programme unter Beachtung des § 291b,

2b. Entwicklung von die Vertragsarzttätigkeit betreffender Software und Rechenzentrumsdienste,“.

b) In Nummer 5 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„6. Abschluss und Durchführung von Verträgen nach den §§ 73b, 73c und 140b.“

Begründung

Der Aufgabenkatalog der Dienstleistungsgesellschaften wird durch Tätigkeiten im IT-Bereich und den Abschluss von Verträgen nach den §§ 73b, 73c und 140b ergänzt.

29. **Zu Artikel 1 Nr. 49** (§ 77a Abs. 2 Nr. 5 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 49 werden in § 77a Abs. 2 Nr. 5 nach dem Wort „Praxisnetze“ die Wörter „und Notfallambulanzen am Krankenhaus“ eingefügt.

Begründung

Die Rechtsänderung ermöglicht es Kassenärztlichen Vereinigungen, bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Anstellung von Arzthelferinnen oder Arzthelfern, Anbahnung und Pflege vertraglicher Beziehungen mit dem Krankenhaus usw., auf eine von ihnen zu gründende Dienstleistungsgesellschaft zu übertragen. Der bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelte Sicherstellungsauftrag bleibt hiervon unberührt.

30. **Zu Artikel 1 Nr. 49**
(§ 77a Abs. 3 Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 49 wird in § 77a dem Absatz 3 folgender Satz angefügt:

„Ausgenommen hiervon ist eine für die Gründung der Gesellschaft notwendige Mittelbereitstellung.“

Begründung

Der Wortlaut des Absatzes 1 sieht vor, dass Dienstleistungsgesellschaften, wenn sie denn gewollt sind, von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu gründen sind.

Im Hinblick darauf ist ihnen zumindest zu gestatten, die für die Gründung selbst notwendigen Mittel aus den Einnahmen oder ihrem Vermögen bereitzustellen.

31. **Zu Artikel 1 Nr. 49** (§ 77a Abs. 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 49 wird dem § 77a folgender Absatz angefügt:

„(4) Über die Gründung von Gesellschaften, ihre Aufgaben und ihre Finanzierung sind die Aufsichtsbehörden zu unterrichten.“

Begründung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Dienstleistungsgesellschaften gründen, die vertragsärztliche Leistungserbringer über individualvertragliche Vereinbarungen beraten oder die Vertragsabwicklung gegen Kostenersatz übernehmen können. Das Betätigungsfeld der Dienstleistungsgesellschaften hat zum einen Einfluss auf das regionale Versorgungsangebot und ist zum anderen in Abgrenzung zu den kollektivvertraglichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen wahrzunehmen. Von daher bedarf es der Unterrichtung der Aufsichtsbehörde durch die Kassenärztliche Vereinigung über die Gründung, Aufgabenwahrnehmung und Finanzierung einer Dienstleistungsgesellschaft.

32. **Zu Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa1 – neu –** (§ 84 Abs. 1 Satz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe a wird nach Doppelbuchstabe aa folgender Doppelbuchstabe aa1 eingefügt:

‚aa1) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die in § 129 Abs. 5 genannten Organisationen der Apothekerinnen und Apotheker können an der Vereinbarung nach Satz 1 beteiligt werden.“‘

Begründung

Die Apotheken können bei der Auswahl von Arzneimitteln zur Erreichung konkreter Wirtschaftlichkeitsziele einen erheblichen Beitrag leisten. Der Gesetzent-

wurf sieht dazu unter anderem bereits vor, dass entsprechende Zielvereinbarungen getroffen werden können. Rabattverträge zwischen Herstellern und Krankenkassen werden durch die Regelung unterstützt.

33. **Zu Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa** (§ 84 Abs. 5 Satz 2 und 2a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe d wird Doppelbuchstabe aa wie folgt gefasst:

‚aa) Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Landesverband der Krankenkassen, der diese Daten für die Kassenart zusammenführt und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt die Daten kassenartenübergreifend zusammen und übermittelt sie der Kassenärztlichen Vereinigung, der die Ärzte angehören, welche die Ausgaben veranlasst haben; zugleich übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind.“ ‘

Begründung

Die Zusammenführung der Daten sollte durch den jeweiligen Landesverband der Krankenkassen erfolgen, der diese kassenbezogenen Daten dem Spitzenverband für die Kassenart übermittelt. Der Landesverband kann diese Daten bereits KV-bezogen aufbereiten. Dadurch wird beim Dachverband Personal eingespart.

Zugleich wird dadurch sichergestellt, dass der vertragschließende Landesverband unmittelbar die kassenbezogenen Daten erhält.

34. **Zu Artikel 1 Nr. 54 Buchstabe a1 – neu –** (§ 85 Abs. 2a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 54 wird nach Buchstabe a folgender Buchstabe eingefügt:

‚a1) In Absatz 2a werden nach dem Wort „Bundesausschusses“ die Wörter „und Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1“ eingefügt.‘

Begründung

Mit der Neufassung des § 20d werden Schutzimpfungen in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Um Anreize zur Förderung des Impfens zu schaffen, muss sichergestellt werden, dass Impfleistungen auch als Pflichtleistung weiterhin extrabudgetär vergütet werden.

35. **Zu Artikel 1 Nr. 55** (§ 85a Abs. 2 Satz 3, Abs. 4 und 6 Satz 1 und 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 55 wird § 85a wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Dabei sind die Empfehlungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 2f zu Grunde zu legen.“

b) In Absatz 4 sind die Wörter „nach Maßgabe des“ durch die Wörter „auf der Grundlage des“ zu ersetzen.

c) In Absatz 6 werden die Sätze 1 und 2 wie folgt gefasst:

„Die für die Vereinbarungen nach den Absätzen 2 bis 4 erforderlichen versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenverarbeitung an ihren Landesverband. Der Landesverband führt die Daten je Kassenart zusammen und stellt sie den Vertragsparteien nach Absatz 2 zur Verfügung; die Krankenkassen können für die Erhebung und Verarbeitung der erforderlichen Daten auch eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen.“

Begründung

Wesentliches Element des neuen ambulanten Vergütungssystems ist die Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen in Euro und hierzu die Vereinbarung von regional geltenden Punktwerten auf der Landesebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen (regionale Euro-Gebührenordnung). Grundlage für die Vereinbarungen auf der Landesebene sind die vom Bewertungsausschuss bestimmten Orientierungswerte, die als bundeseinheitliche Vorgaben zur Operationalisierung der regionalen Gegebenheiten dienen.

Entsprechend sind die Orientierungswerte des Bewertungsausschusses als Empfehlungen für die Vereinbarungen der regionalen Gebührenordnung zugrunde zu legen. Da die Vereinbarung der regionalen Gebührenordnung originäre Aufgabe der Selbstverwaltung ist, um die Sicherstellung der regionalen ambulanten Versorgungsstruktur zu gewährleisten, kann die konkrete Ausgestaltung der regionalen Gebührenordnung nur durch die zuständigen Vertragspartner erfolgen. Eine zwingende Anwendung der Vorgaben des Bewertungsausschusses wird diesem gesetzlichen Auftrag nicht gerecht.

Damit die kassenbezogenen Daten als Geschäftsgeheimnis gewahrt werden, müssen sie zunächst auf der Ebene der Kassenart beim jeweiligen Landesverband zusammengeführt werden.

36. **Zu Artikel 1 Nr. 55** (§ 85b Abs. 4 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 55 werden in § 85b Abs. 4 Satz 2 die Wörter „sowie Kriterien zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben nach Satz 6 und zur Bildung von Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Satz 7“ gestrichen.

Begründung

Die Festlegung der Mittel für den Verwaltungsaufwand und für die Sicherstellungsaufgabe sowie zur Bildung von Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist autonomes Recht der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie werden von der Vertreterversammlung beschlossen und in der Satzung festgelegt. Aufzubringen sind diese Mittel von den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen. In der Regel erfolgt dies durch eine Umlage, die nach dem

Honorarvolumen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bemessen wird. § 81 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 lässt die Einbehaltung der Umlage von den Honoraransprüchen durch eine entsprechende Satzungsregelung zu. Eine Legitimation des Bewertungsausschusses zu diesen Punkten ist nicht mit dem Recht der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 77 ff. vereinbar.

37. **Zu Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc – neu – und Buchstabe e** (§ 87 Abs. 2 Satz 5 – neu – und Abs. 2a Satz 3 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nr. 57 wird wie folgt geändert:

a) Dem Buchstaben d wird folgender Doppelbuchstabe angefügt:

‚cc) Nach Satz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie (psychotherapeutische Medizin) sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.“‘

b) In Buchstabe e wird dem § 87 Abs. 2a folgender Satz angefügt:

„Psychotherapeutische Leistungen werden als Einzelleistungen abgebildet.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Die bisher in § 85 Abs. 4 getroffene Regelung zur Sicherung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit wird in das GKV-WSG übertragen. Der Gesetzgeber hatte mit dieser Regelung Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen verpflichtet, die Honorare für psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung auf Landesebene so zu stützen, dass eine angemessene Vergütung pro Zeiteinheit entsteht. Das Bundessozialgericht fordert auf dieser Basis in ständiger Rechtsprechung eine besondere Berücksichtigung der genehmigungspflichtigen, zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen. Da die Handlungsspielräume der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene für die Umsetzung dieser Zielvorgabe nicht mehr gegeben sind, wird vorgeschlagen, die Umsetzung dieses Ziels im Kontext der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Aufgabe des Bewertungsausschusses zu machen.

Zu Buchstabe b

Psychotherapeutische Leistungen werden schon heute nach einer von der somatischen Medizin abweichenden Systematik erbracht: Alle Leistungen sind mit Mindestzeiten versehen und die Vergütung richtet sich nach der aufgewendeten Zeit. Vor der Leistungserbringung erfolgt eine externe Begutachtung, die Grundlage für die Genehmigung von Therapiekontingenten durch die Krankenkassen ist. Für psychotherapeutische Leistungen gilt daher, dass sie gegenüber Patienten und Krankenkassen aufgrund ihrer Zeitgebundenheit transparent und nachprüfbar sind.

38. **Zu Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe f** (§ 87 Abs. 2e Satz 2 und 3 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe f wird § 87 Abs. 2e wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden nach den Wörtern „ärztliche Niederlassungsverhalten“ die Wörter „in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung“ eingefügt.

b) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Zahlung der Orientierungswerte“ die Wörter „bemessen auf die Region der Kassenärztlichen Vereinigung“ eingefügt.

Begründung

Mit der neuen Regelung wird ein finanzielles Anreizsystem zum Abbau von Über- bzw. von Unterversorgung etabliert, um die Sicherstellung der bedarfsgerechten, flächendeckenden Versorgung zukünftig zu gewährleisten. Hierzu legt der Bewertungsausschuss besondere Orientierungswerte zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen fest, die von Ärztinnen und Ärzten in von Unterversorgung bzw. in von Überversorgung betroffenen Gebieten erbracht werden. Die Anwendung dieser Regelung ist auf die jeweilige Versorgungsregion zu beziehen, für die die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen hat. Durch die Einfügung in Absatz 2e Satz 2 und 3 erfolgt eine entsprechende Klarstellung.

39. **Zu Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe f** (§ 87 Abs. 2f Satz 2 und 5 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe f wird § 87 Abs. 2f wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird das Wort „amtliche“ gestrichen.

b) Satz 5 wird gestrichen.

Begründung

Die Regelung im vorgesehenen § 87 Abs. 2f soll dazu beitragen, dass bei der Bewertung regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur ausreichend Berücksichtigung finden.

Dafür erscheint es nicht notwendig, den Bewertungsausschuss ausdrücklich auf „amtliche“ Indikatoren zu verweisen, zumal es an einer gesetzlichen Definition dieses Begriffes fehlt.

Die Vorgaben im vorgeschlagenen Satz 5 sind nicht zur Zielerreichung geeignet. Die Wirtschaftskraftdaten der einzelnen Länder lassen keine Rückschlüsse auf die tatsächlichen Kosten- und Versorgungsstrukturen zu. Der auf den ersten Blick widersprüchliche Text des Satzes 5 verdeutlicht dies selbst. Voraussetzung für die Berücksichtigung der Wirtschaftskraft soll sein, dass es keine amtlichen Indikatoren gibt, während hinsichtlich der Wirtschaftskraftdaten wiederum von „amtlichen Indikatoren“ die Rede ist. Das führt zu unnötigen Unsicherheiten und Streitigkeiten. Der Bewertungsaus-

schuss sollte vom Gesetz in seiner Entscheidungsfindung nicht mehr als unbedingt notwendig eingeschränkt werden.

40. **Zu Artikel 1 Nr. 61** (§ 91 Abs. 11 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 61 wird in § 91 Abs. 11 Satz 1 das Wort „ohne“ durch das Wort „mit“ ersetzt.

Begründung

Der Gemeinsame Bundesausschuss greift mit seinen Entscheidungen weitgehend in das Versorgungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung und damit in das in die Verantwortung der Länder fallende Gesundheitswesen ein. Eine Beteiligung der Länder an den Entscheidungen zur Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses ist daher unerlässlich.

41. **Zu Artikel 1 Nr. 62 Buchstabe b**
(§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8, 13 und 14 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 62 wird Buchstabe b wie folgt gefasst:

‚b) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„Verordnungen von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen oder geriatrischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen oder geriatrischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,“.

bb) Nach Nummer 12 werden der Punkt [weiter wie Gesetzentwurf].

Begründung

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91, in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8, auch das Nähere über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation beschließt. Da die Krankenkassen über die Leistung nach § 40a i. V. m. § 40 Abs. 3 entscheiden, bedarf es einer klaren Definition für die geriatrische Rehabilitation, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen.

42. **Zu Artikel 1 Nr. 62 Buchstabe b**
(§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 15 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 62 Buchstabe b werden in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„15. Schutzimpfungen.“

Begründung

Die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sind in § 92 Abs. 1 zu regeln.

43. **Zu Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe k Doppelbuchstabe dd**
(§ 106 Abs. 5a Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe k Doppelbuchstabe dd werden in § 106 Abs. 5a Satz 7 die Wörter „sollen vor der Einleitung des Prüfverfahrens von den Verordnungskosten des Arztes abgezogen werden“ durch die Wörter „sind vor der Einleitung des Prüfverfahrens von den Verordnungskosten des Arztes abzuziehen“ ersetzt.

Begründung

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) können Praxisbesonderheiten im Rahmen des Prüfverfahrens anerkannt werden, wenn „Leistungen ihrer Art nach für die Arztpraxen der Vergleichsgruppe atypisch sind oder von ihrer Häufigkeit her die Durchschnittswerte der Vergleichspraxen wesentlich überschreiten; dabei muß es sich um signifikant gehäufte Mehrkosten handeln, die auf einer von der Regelarztpraxis abweichenden Zusammensetzung der Patienten beruhen“ (vgl. Urteil des BSG vom 12. Oktober 1994, Aktenzeichen 6 RKa 6/93).

Nach § 106 Abs. 5a Satz 6 – neu – hat die Prüfstelle die Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten zu beschließen. Die Kosten für verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch gesetzlich bestimmte oder in den Vereinbarungen nach § 106 Abs. 3 und § 84 Abs. 6 vorab anerkannte Praxisbesonderheiten bedingt sind, sollen dabei vor der Einleitung eines Prüfverfahrens von den Verordnungskosten des Arztes abgezogen werden.

Es macht wenig Sinn, bei einer vorab bereits anerkannten Praxisbesonderheit es in das Ermessen des Prüfgremiums zu stellen, ob gleichwohl ein Vorwegabzug erfolgen kann.

Bei einer vorab anerkannten Praxisbesonderheit ist eine Berücksichtigung daher zur Erleichterung des Prüfverfahrens zweckmäßig und verfahrensökonomisch zwingend. Dabei verbessert sich auch die Rechtsposition des Arztes, weil er nicht mehr von einer Ermessensentscheidung des Prüfgremiums abhängig ist.

44. **Zu der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln**
(vgl. Artikel 1 Nr. 91 bis 93 (§§ 125 bis 127 SGB V))

a) Der Bundesrat begrüßt die Absicht, durch die Weiterentwicklung der Vorschriften zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln den Preis- und Qualitätswettbewerb zu intensivieren.

b) Das setzt aber voraus, dass anstelle der bisherigen Zulassung der Leistungserbringer wettbewerblich gestaltete Zulassungen treten, die die Vielfalt der Leistungserbringer berücksichtigen und erhalten.

c) Die geplanten Änderungen können zu Monopolbildungen und Oligopolen führen und damit den Wettbewerb und die hohen Qualitätsanforderungen konterkarieren.

d) Deshalb fordert der Bundesrat, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Vorschriften in Artikel 1 Nr. 91 bis 93 (§§ 125 bis 127) daraufhin zu überprüfen, dass ein geordneter Wettbewerb um Qualität und Preise gewährleistet ist, der der Vielfalt der Leistungserbringer gerecht wird.

45. **Zu Artikel 1 Nr. 95 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa** (§ 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V), **Buchstabe c Doppelbuchstabe bb** (§ 129 Abs. 5 Satz 3 bis 6 SGB V), **Buchstabe d** (§ 129 Abs. 5a SGB V) und **Buchstabe e** (§ 129 Abs. 5c SGB V)

Artikel 1 Nr. 95 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a wird Doppelbuchstabe aa gestrichen.

b) In Buchstabe c wird Doppelbuchstabe bb wie folgt gefasst:

,bb) Folgender Satz wird angefügt:

„In dem Vertrag nach Satz 1 kann abweichend vom Rahmenvertrag nach Absatz 2 vereinbart werden, dass die Apotheke die Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel so vorzunehmen hat, dass der Krankenkasse Kosten nur in Höhe eines zu vereinbarenden durchschnittlichen Betrags je Arzneimittel entstehen.“‘

c) Buchstabe d wird gestrichen.

d) Buchstabe e wird gestrichen.

Begründung

Zu Buchstabe a

Der Doppelbuchstabe aa des Gesetzentwurfs entfällt. Es handelt sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Änderung der Arzneimittelpreisverordnung ergibt (siehe Änderung zu Artikel 30 Nr. 5).

Zu Buchstabe b

Es entfällt die Regelung, dass die in den Verträgen nach § 129 Abs. 5 vereinbarten Preise unterschritten werden können. Diese Regelung lässt sich mit einem Vertragssystem, das die Arzneimittelversorgung der Versicherten auf Landes- und Bundesebene flächendeckend und wirtschaftlich organisiert, nicht vereinbaren. Gleichzeitig wird vermieden, dass der Wettbewerb unter den Krankenkassen verfälscht wird, indem sich einzelne Krankenkassen unabhängig von der Qualität ihrer Leistungen allein durch ihre Größe Vorteile im Wettbewerb verschaffen könnten, die zu Lasten kleinerer Krankenkassen gehen.

Darüber hinaus entfällt die Regelung, dass die Versorgung der Ärzte mit Arzneimitteln für den Sprechstundenbedarf ausschließlich durch Verträge mit einzelnen Apotheken sichergestellt werden kann.

Zu Buchstabe c

Es entfällt die Regelung, dass Apotheken auch im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden, von den nach der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung maßgeblichen Arzneimittelabgabepreisen abweichen können. Dies ist eine notwendige Folgeänderung, die sich aus der Änderung der Arzneimittelpreisverordnung ergibt.

Zu Buchstabe d

Die Regelung, dass Apotheken die Zuzahlung teilweise für den Versicherten übernehmen können, entfällt. Damit wird verhindert, dass die erwünschte Steuerungswirkung der Zuzahlung verlorengeht. Der (teilweise) Zuzahlungsverzicht für einzelne Arzneimittel würde dazu führen, dass nur noch die Höhe des Zuzahlungsverzichts eine steuernde Wirkung entfaltet und nicht der von der Krankenkasse für das Arzneimittel zu zahlende Preis. Es ist damit zu rechnen, dass wegen des Wegfalls der steuernden Wirkung der Zuzahlung mehr und teurere Arzneimittel abgegeben werden. Statt der gewünschten Steuerung der Versicherten zu preisgünstigen Arzneimitteln wird es zu einer Steuerung zu teureren Arzneimitteln kommen, da im hochpreisigen Bereich ein Verzicht auf die Zuzahlung eher möglich sein wird. Der Versicherte wird dann zwar entlastet, die Krankenkasse muss aber die Mehrbelastungen wegen des von ihr zu übernehmenden Abgabepreises des Arzneimittels abzüglich der Zuzahlung tragen.

Fehlsteuerungen im Falle einer Zuzahlungsbefreiung werden ebenfalls vermieden. Der zugunsten des Patienten erfolgende Zuzahlungsverzicht würde gegenüber der Krankenkasse nicht dokumentiert, weil die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse in Bezug auf die Anrechnung des Zuzahlungsbetrages unverändert bliebe, weil die Apotheke an Stelle des Versicherten die Zuzahlung wirtschaftlich übernimmt. Der Versicherte erreicht auf diese Weise schneller die Zuzahlungsbefreiungsgrenze, obwohl er Zuzahlungen in dieser Höhe gar nicht geleistet hat.

46. **Zu Artikel 1 Nr. 96** (§ 130 Abs. 1 SGB V)

In Artikel 1 wird Nummer 96 wie folgt gefasst:

,96. § 130 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel einen Abschlag von 2,30 Euro je Arzneimittel, für sonstige Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von fünf vom Hundert auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis. Der Abschlag nach Satz 1 erster Halbsatz ist einmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2009 und ohne Wirkung für die Folgejahre von den Vertragspartnern in der Vereinbarung nach § 129 Abs. 2 entsprechend zu erhöhen, soweit durch die Abgabe von Arzneimitteln auf Grund von Vereinbarungen nach den §§ 84, 129 und 140b, durch Abschläge und Vereinbarungen nach § 130a und durch Preissenkungen auf Grund des § 31 Abs. 3 nicht eine Einsparung von mindestens 500 Mio. Euro in den ersten zwölf Monaten nach dem … [Datum des Inkrafttretens] im Verhältnis zu den zwölf Monaten vor dem 1. April 2006, bereinigt um Mengenzuwächse, erreicht worden ist.“‘

Begründung

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz – Umstellung von (kaufmännischen) wertabhängigen Aufschlägen in den Apotheken auf Gebühren für heilberufliche Dienstleistungen – und dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) – Verbot von Rabatten – hat die Politik die Apotheker als Heilberufler gestärkt.

Die jetzt vorgeschlagenen Änderungen, Umstellung der Festpreise auf Höchstpreise und Möglichkeiten der flexiblen Preisgestaltung und des Wettbewerbs im Handel zum Vorteil von Endverbrauchern, Krankenversicherungen und Sozialleistungsträgern, machen den Apotheker vornehmlich zum Kaufmann, der möglichst kostengünstig Arzneimittel verteilt. Der bisherige Wettbewerb zwischen den Apotheken über die Qualität in der Arzneimittelversorgung soll nun im Wesentlichen über den Preis erfolgen.

Die für alle Apotheken einheitlichen Preisspannen, die einheitlichen Rabattgewährungen gegenüber den Krankenkassen und die für alle Apotheken geltende Verpflichtung, Zuzahlungen einzufordern, sollen erhalten bleiben, denn die Apotheke mit dem Heilberufler Apotheker erbringt im Wesentlichen nichtkommerzielle Dienstleistungen, die auch nicht in den Preiswettbewerb gehören; auch Ärzte stellen ihre ärztlichen Leistungen nicht in den Preiswettbewerb.

Pharmazeutische Dienstleistungen wie ordnungsgemäße Beratung und Abgabe von Arzneimitteln und Kontrolle der ärztlichen Verschreibungen kosten Zeit und Geld. Diese Dienstleistungen bedürfen der entsprechenden Honorierung; der Verordnungsgeber hat für die Abgabe eines jeden verschreibungspflichtigen Arzneimittels ein Honorar von 8,10 Euro vorgesehen; von diesem erhalten die Krankenkassen von den Apotheken gemäß § 130 Abs. 1 einen Abschlag von 2 Euro.

Um das zweite wesentliche Ziel des Gesetzgebers zu erfüllen, nämlich – neben einer einmaligen Einsparung im Arzneimittelbereich innerhalb von zwölf Monaten von mindestens 500 Mio. Euro – auf Dauer einen Beitrag der Apotheken zur Kostensenkung zu erreichen, wird eine Anhebung des Krankenkassenrabattes von 2 Euro auf 2,30 Euro vorgeschlagen. Mit dieser Änderung erbringen die Apotheken jährlich mindestens einen Beitrag zur Kostensenkung von 150 Mio. Euro.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, wonach Apotheken individuell auf Teile der Vergütung, wie sie sich aus der Arzneimittelpreisverordnung bzw. aus § 129 Abs. 5a ergibt, verzichten können, entfällt. Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung, die sich aus der Änderung der Arzneimittelpreisverordnung ergibt. Damit wird der Widerspruch zu dem Grundgedanken der Arzneimittelpreisverordnung, nach der eine nahezu vollständig preisunabhängige Vergütung pro abgegebener Packung festgelegt ist, die die im Zusammenhang mit der Arzneimittelabgabe erbrachten Leistungen honoriert, aufgelöst.

Die neue Regelung, wonach der Apothekenabschlag nach § 130 Abs. 1 Satz 3 beginnend mit Wirkung für das Kalenderjahr 2009 jährlich angepasst werden soll, entfällt. Diese Regelung widerspricht dem Grundgedanken der Arzneimittelpreisverordnung, nach der eine nahezu vollständig preisunabhängige Vergütung pro abgegebener Packung festgelegt ist, die die im Zusammenhang mit der Arzneimittelabgabe erbrachten Leistungen honoriert. Diese sinnvolle und bewährte Regelung würde durch die in § 130 Abs. 1 nunmehr vorgesehene nachträgliche Korrektur ausgehebelt. Im Ergebnis würde diese Regelung zu einer Budgetierung der Apothekervergütung führen. Dies wäre aber nicht sachgerecht, weil der erforderliche Vergütungsumfang gerade auch von der Packungsmenge in hohem Maße abhängig ist.

Darüber hinaus ist die Regelung auch mit erheblichen Rechtsunsicherheiten belastet. Wie die Erfahrungen mit der bereits früher vorhandenen vergleichbaren gesetzlichen Regelung, die zu Recht gestrichen wurde, zeigen, ist bereits eine Einigung über die zutreffende Datenbasis in der Praxis kaum erzielbar. Außerdem ist der Begriff der leistungsgerechten Gesamtvergütung für die Apotheken gesetzlich nicht hinreichend genau definiert.

Die im Gesetzwurf vorgesehene „Haftung“ der Apotheken für zu erzielende Einsparungen wird sachgerecht konkretisiert. Die hierfür vorgesehenen Maßnahmen sind zum großen Teil von der Verhandlungsbereitschaft Dritter abhängig und können daher nicht einer einzelnen Leistungserbringergruppe aufgebürdet werden. Folgerichtig sind auch die sogenannten Eckpunkte davon ausgegangen, dass die Einsparung von 500 Mio. Euro aus dem Bereich der Arzneimittelversorgung insgesamt und nicht isoliert allein durch die Apotheken zu leisten ist. Insbesondere durch das AVWG sind im Arzneimittelbereich zudem bereits funktionierende Instrumente zur Kostensenkung geschaffen worden, wie die gesetzlichen Abschläge nach § 130a oder die durch die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung nach § 31 Abs. 3 vorgenommenen Preissenkungen der pharmazeutischen Unternehmen, die jedoch weitere Einsparungen und Kostensenkungen in diesen Bereichen ausschließen. Aus diesem Grund sind zur Berechnung der erzielten Einsparungen die bestehenden Instrumente mit einzubeziehen.

47. **Zu Artikel 1 Nr. 97** (§ 130a SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die im GKV-WSG vorgesehenen freiwilligen Rabattregelungen auf der Basis von zukünftig abzuschließenden Arzneimittelliefererverträgen mit den bisherigen Regelungen der verpflichtenden Abschlagszahlungen in Konflikt stehen.

Insbesondere ist auch zu prüfen, ob die Abschlagszahlungen nach § 130a Abs. 5b tatsächlich auch auf die Aufzahlungsbeträge der Versicherten oberhalb der Festbeträge Anwendung finden sollen, und ob die mögliche – und in der Praxis auftretende – Kumulierung der Abschlagszahlungen nach § 130a Abs. 1 Satz 1 und § 130a Abs. 3b intendiert ist.

Begründung

Besonders mittelständische Unternehmen werden durch das bisherige System der Abschlagszahlungen bereits in erheblichem Umfang belastet. Spielräume für die geplanten freiwilligen Rabattregelungen bestehen oftmals bei mittelständischen Arzneimittelherstellern nicht mehr. Es besteht somit die Gefahr einer zunehmenden Oligopolisierung im Arzneimittelmarkt.

Es ist europaweiter Konsens, dass sich Regulierungen der GKV ausschließlich auf deren Leistungspflichten beschränken sollen. Diese Leistungspflicht wird durch den Festbetrag limitiert. Die Aufzahlungsbeträge der Versicherten können daher keine Grundlage für die Abschlagszahlungen der Hersteller sein.

Die Abschlagszahlungen nach § 130a Abs. 1 Satz 1 und § 130a Abs. 3b (6 Prozent und 10 Prozent) können sich in speziellen Fällen addieren. So kann ein Arzneimittel, dessen Festbetragsgruppe beispielsweise aufgelöst wird, durch einen zusätzlichen Abschlag „bestraft“ werden.

48. **Zu Artikel 1 Nr. 97 Buchstabe i Doppelbuchstabe bb**
(§ 130a Abs. 8 Satz 5a und 5b SGB V)

In Artikel 1 Nr. 97 Buchstabe i wird Doppelbuchstabe bb wie folgt gefasst:

‚bb) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:

„Hat die Krankenkasse keine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen, können die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker auf Landesebene die Vereinbarung treffen und haben dies der Krankenkasse mitzuteilen. Vereinbarte Rabatte sind an die Krankenkasse abzüglich eines Betrags in Höhe von 15 vom Hundert des Rabattbetrags weiterzuleiten, höchstens jedoch von 15 Euro je Packung, soweit mit der Krankenkasse nichts anderes vereinbart ist.“‘

Begründung

Nach der bisherigen Regelung konnten nur einzelne Apotheken Rabattverträge abschließen, nicht aber deren Verbände. Durch die Änderung wird sichergestellt, dass ebenso wie bei § 129 auch im Bereich der Verträge nach § 130a Abs. 8 die Vertragskompetenz bei den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker liegt. Solche Verträge sind nur dann in der Praxis zu bewältigen und können deshalb nur dann die vorgesehene Wirkung entfalten, wenn sie regional flächendeckend abgeschlossen werden.

49. **Zu Artikel 1 Nr. 103 Buchstabe b**
(§ 133 Abs. 4 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 103 wird Buchstabe b gestrichen.

Begründung

Die von der Bundesregierung beabsichtigte pauschale Kürzung der Leistungsentgelte im Bereich der Fahrkosten um 3 Prozent stellt einen massiven Eingriff in die Sicherstellung der Notfallrettung und des (qualifizierten) Krankentransportes in der Bundesrepublik Deutschland dar. Der Vorwurf des als Begründung genannten „überproportionalen Ausgabenanstiegs“ trifft für den Rettungsdienst nicht zu. Die Steigerung der Einsatzzahlen ist Folge geänderter Bedingungen im Gesundheitswesen. So führen die Veränderungen im Krankenhaussektor und die Pauschalierung des Kostensatzes (G-DRG) zwangsläufig zu höheren Krankentransportkosten, weil zusätzliche Fahrten erforderlich werden. Diese sind nicht dem Rettungsdienst anzulasten.

Schon jetzt ist der Kostenersatz in der Notfallrettung und im Krankentransport nicht kostendeckend. Das trifft sowohl für den bodengebundenen Rettungsdienst als auch für die Luftrettung zu. Verschärfen wird sich die Situation vor allem in den dünnbesiedelten Regionen der Flächenländer. Hier ist das Verhältnis von Vorhaltungskosten zur Inanspruchnahme der Notfallrettung besonders ungünstig. Wenn die Kostenerstattungen weiter gekürzt werden, ist damit eine flächendeckende, zeitadäquate Notfallversorgung, mit den möglichen Folgen für den einzelnen Patienten in einer der schwierigsten Situationen überhaupt, im Notfall, in Frage gestellt.

Eine alternative Verlagerung von Kosten der Notfallrettung von der Solidargemeinschaft auf den einzelnen Patienten kann ebenfalls nicht gutgeheißen werden. Benachteiligt würden dadurch ebenfalls die Bewohner dünnbesiedelter Regionen in den Flächenländern. Hier sind aufgrund der strukturellen Gegebenheiten die Notfallrettungsgebühren um den Faktor 2 bis 3 höher als in Ballungsgebieten.

Für den Fall geteilter Gebührenbescheide würden den angestrebten Einsparungen im Bereich von Rettungsdienst und Krankentransport Mehrkosten durch den erhöhten Verwaltungsaufwand entgegenstehen. Allein in einem relativ kleinen Land, wie zum Beispiel Brandenburg, wären ca. 250 000 Gebührenbescheide pro Jahr zusätzlich durch die 19 Rettungsdienstträger zu erstellen. Der dafür erforderliche Verwaltungsaufwand würde etwa 20 bis 25 Prozent der beabsichtigten Einsparung betragen. Damit würde die Regelung zu neuen Kosten für die Notfallrettung führen und das System insgesamt verteuern.

50. **Zu Artikel 1 Nr. 104 Buchstabe a**
(§ 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 104 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

‚a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Hebammen“ die Wörter „und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen“ und nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „unter Einschluss der Anforderungen an die Qualitätssicherung in von Hebammen geleiteten Einrichtungen“ eingefügt.‘

Begründung

Die Unterstützung von nicht ärztlich geleiteten Einrichtungen durch eine Betriebskostenpauschale wird abgelehnt, da dies tendenziell mit Mehrkosten für die Krankenkassen verbunden ist, Geburtshäuser aber außerdem Krankenhäuser mit Entbindungsabteilungen schwächen. Doppelstrukturen sollen nicht gefördert werden.

51. **Zu Artikel 1 Nr. 107**
(§ 136 Abs. 2 Satz 2, 3 und Abs. 4 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nr. 107 wird wie folgt gefasst:

‚107. § 136 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden [weiter wie Gesetzentwurf].

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet der Regelungen der §§ 85a und 85b gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. In den Verträgen nach Satz 1 kann ein Abschlag von den nach § 85a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, vereinbart werden, durch den die Mehrleistungen nach Satz 1 für die beteiligten Krankenkassen ausgeglichen werden.“ ‘

Begründung

Zu Buchstabe b

Mit der Vorschrift im neuen Absatz 4 des § 136 wird es den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ermöglicht, für ihren Bezirk Qualitätsprogramme aufzulegen sowie erfolgreich etablierte Qualitätsoffensiven fortzuführen bzw. weiterzuentwickeln. Hierfür wird ihnen die Kompetenz eingeräumt, regionale Vergütungsvereinbarungen zu schließen, mit denen genau zu bestimmende qualitätsgesicherte Leistungen gefördert werden können. Eine effektive Qualitätssteuerung bedarf solcher ökonomischer Anreize. Die Kostenneutralität der Förderung der Programme ist durch die Ausgleichsregelung in Satz 2 sichergestellt.

Die Vorschrift ist erforderlich, weil durch die Neukonstruktion der Vergütungsregelungen von § 85a ff. ab 1. Januar 2009 die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen ansonsten keine Möglichkeit mehr hätten, auf regionaler Ebene vergütungsbezogene Qualitätssicherungskonzepte zu vereinbaren.

52. **Zu Artikel 1 Nr. 110**
(§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 110 wird § 137 Abs. 3 wie folgt geändert:

a) Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. das Verfahren zum Nachweis der im Abstand von fünf Jahren zu erfüllenden Fortbildungspflichten der Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,“.

b) In Satz 7 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 und 4 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt sicher, dass, wie auch in der Begründung ausgeführt, ausschließlich Vorgaben zum Nachweisverfahren und nicht Festlegungen zu Inhalten erfolgen. Inhalte der Fortbildung der Krankenhausärzte sind Gegenstand der Regelungskompetenz des ärztlichen Berufsrechts und damit der Landesärztekammern. Mit dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern steht ein geeignetes Instrument zum Fortbildungsnachweis zur Verfügung, mit dem der Umfang der Fortbildung geregelt ist. Das bisherige Fortbildungsangebot ist vielfältig und umfangreich und ermöglicht den Krankenhausärzten eine differenzierte, dem jeweiligen Fortbildungsbedarf entsprechende Teilnahme an geeigneten Fortbildungsveranstaltungen.

Analog der Fortbildungspflichten von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist es für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung in der stationären Versorgung erforderlich, dass sich die Fortbildungsverpflichtung neben den Fachärzten auch auf die in der stationären Versorgung tätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt. Es kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, die sozialrechtlichen Vorgaben zur Fortbildungspflicht der an der stationären Versorgung beteiligten Heilberufe unterschiedlich auszugestalten.

Zu Buchstabe b

Der Gesetzentwurf nennt für die Erarbeitung von Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137 Anhörungsberechtigte und zu beteiligende Organisationen. Bundesärztekammer und Pflegeberufe werden genannt, die Bundespsychotherapeutenkammer dagegen nicht. Damit vernachlässigt der Gesetzgeber den Anteil, den Psychotherapeuten an der Versorgung der Patienten in Krankenhäusern generell, aber insbesondere in der Psychiatrie, haben.

53. **Zu Artikel 1 Nr. 111**
(§ 137a Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 2a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 111 wird § 137a wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „nach öffentlicher Ausschreibung“ durch die Wörter „im Rahmen eines Vergabeverfahrens“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Institution nach Absatz 1 hat die im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 erhobenen und ge-

mäß Satz 2 übermittelten Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der sektoren- und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in einem transparenten Verfahren und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften vorzuhalten und auszuwerten."

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt sicher, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss als öffentlichem Auftraggeber die Durchführung des gesetzlich definierten Vergabeverfahrens mit allen zulässigen Vergabearten ermöglicht wird, ohne auf die öffentliche Ausschreibung als nur eine mögliche Vergabeart gesetzlich festgelegt zu sein.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung stellt sicher, dass die im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 erhobenen Daten auch für die wissenschaftliche Forschung und die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zur Verfügung stehen.

54. **Zu Artikel 1 Nr. 117 Buchstabe b und c**
(§ 139a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 117 wird § 139a wie folgt geändert:

a) In Buchstabe b werden in Absatz 4 Satz 1 die Wörter „der evidenzbasierten Medizin" durch die Wörter „, insbesondere solcher der evidenzbasierten Medizin und der Gesundheitsökonomie," ersetzt.

b) In Buchstabe c werden in Absatz 5 Satz 1 die Wörter „und pharmazeutischen" durch die Wörter „, pharmazeutischen und gesundheitsökonomischen" ersetzt.

Begründung

Die evidenzbasierte Medizin liefert wichtige international anerkannte Standards, die jedoch nicht ausschließlich Grundlage der Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sein sollten. Wichtig sind insbesondere auch gesundheitsökonomische Standards. Die einzubeziehenden Fachkreise sind an die Aufgabenerweiterung des IQWiG anzupassen.

55. **Zu Artikel 1 Nr. 120 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc – neu –**
(§ 140b Abs. 1 Nr. 6, 7 – neu – und 8 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 120 wird dem Buchstaben a folgender Doppelbuchstabe angefügt:

‚cc) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern werden angefügt:

„7. Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechtigte Leistungserbringer anbieten,

8. Kassenärztlichen Vereinigungen." '

Begründung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten die Möglichkeit, ihre Funktion der Interessenvertretung für die Vertragsärzte selbst und mittelbar durch ihre Dienstleistungsgesellschaften auch im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung auszuüben, sofern Vertragsärzte an der Ausführung des jeweiligen Versorgungsauftrages beteiligt sind. Die mittelbare Beteiligung trägt der Tatsache Rechnung, dass neben Vertragsärzten andere Leistungserbringer an einem solchen Vertrag beteiligt sind.

56. **Zu Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb**
(§ 140d Abs. 1 bisheriger Satz 5 SGB V),
Artikel 19 Nr. 1 und 2
(§ 4 Abs. 9 Satz 2 und § 8 Abs. 9 KHEntgG) und
Artikel 20 Nr. 2 und 3
(§ 12 Abs. 2 Satz 1 und § 14 Abs. 7 BPflV)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) In Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a wird Doppelbuchstabe bb gestrichen.

b) In Artikel 19 werden die Nummern 1 und 2 gestrichen.

c) In Artikel 20 werden die Nummern 2 und 3 gestrichen.

Begründung

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung sieht zu Lasten des stationären Bereichs einen Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt 1 Prozent vor.

Dieser 1-prozentige Sanierungsbeitrag setzt sich wie folgt zusammen:

Gemäß Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 140d Abs. 1 bisheriger Satz 5) erfolgt eine Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen gegenüber den einzelnen Krankenhäusern für nicht verwendete Mittel im Rahmen der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung. Diese Streichung soll rd. 0,1 Prozent ausmachen.

Gemäß Artikel 19 Nr. 1 und 2 (§ 4 Abs. 9 Satz 2 und § 8 Abs. 9) ist für Krankenhäuser, die das Krankenhausentgeltgesetz anwenden, vorgesehen, den Mindererlösausgleich von 40 auf 20 Prozent zu halbieren (dies entspricht einer Kürzung von 0,2 Prozent der Erlöse) sowie die Krankenhausrechnungen bei gesetzlich Versicherten um 0,7 Prozent jährlich bis zum Inkrafttreten einer neuen gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Krankenhäuser für den Zeitraum nach dem Jahr 2008 zu kürzen.

Gemäß Artikel 20 Nr. 2 und 3 (§ 12 Abs. 2 Satz 1 und § 14 Abs. 7) sollen diese Kürzungen auch für Krankenhäuser, die die Bundespflegesatzverordnung anwenden, eingeführt werden.

Der vorgesehene pauschalierte Sanierungsbeitrag ist medizinisch nicht begründbar und wirtschaftlich nicht verantwortbar.

Ein gleichmäßig und undifferenziert von allen Krankenhäusern zu erbringender Sanierungsbeitrag ist nicht gerecht. Er lässt die in verschiedenen Ländern bereits erzielte wirtschaftliche Leistungserbringung bei der Krankenhausversorgung und die damit verbundene Entlastung der GKV für diesen Bereich gänzlich unberücksichtigt. Ziel muss eine gerechte Verteilung der Belastung unter Berücksichtigung bereits erzielter wirtschaftlicher Strukturen auf der Grundlage länderspezifischer Ertragssituationen sein. Kriterien dafür sind u. a. die landesspezifischen Basisfallwerte und die Bettendichte.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Krankenhäuser ab 2007 durch externe Kostenfaktoren bereits zusätzlich erheblich belastet werden.

Insgesamt führt die Kumulation der finanziellen Lasten zu einer Verschärfung der bisher schon angespannten Finanzsituation in der Krankenhausversorgung.

57. **Zu Artikel 1 Nr. 130** (§ 171a SGB V)

Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens die Anwendung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf die Fusion von Krankenkassen auszuschließen.

Begründung

Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen ist bislang bei der Fusion von Krankenkassen nicht angewendet worden. Die in der Begründung zu Artikel 1 Nr. 130 (§ 171a) des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes angesprochene Anwendung des GWB auf Kassenfusionen würde zu einer ungerechtfertigten Benachteiligung mittelgroßer und kleinerer regional ausgerichteter Krankenkassen führen. Überregional und bundesweit tätige Krankenkassen würden dagegen bevorzugt, weil bei einer Fusion einer derartigen Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse, auch kassenartenübergreifend, kaum einmal eine marktbeherrschende Stellung entstehen würde. Anders ist dieses bei Krankenkassen, die nur regional ausgerichtet sind. Hier kann bei einer kassenartenübergreifenden Fusion mit einer in der gleichen Region tätigen Krankenkasse sehr schnell ein regionaler Marktanteil von mehr als einem Drittel entstehen. Eine derartige Fusion hat für die Versicherten den Vorteil der „kurzen Wege“ und der Möglichkeit, Ansprechpartner vor Ort zu finden. Die missbräuchliche Ausnutzung eines Marktanteils von mehr als einem Drittel durch eine Krankenkasse als Körperschaft des öffentlichen Rechts wird im Hinblick auf die gesetzlich geregelte Aufsicht nicht gesehen. Damit auch regional ausgerichteten Krankenkassen die Möglichkeit einer Fusion eröffnet wird, ist daher die Anwendung des GWB auf Kassenfusionen auszuschließen, zumal bereits § 69 als abschließende Regelung der Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern und den Krankenhäusern anzusehen ist, die sich auch auf die Rechte Dritter bezieht.

58. **Zu Artikel 1 Nr. 131** (§ 171b Abs. 1 und 2 – neu – SGB V),
Nr. 131a – neu – (§ 171c – neu – SGB V),
Nr. 124 Buchstabe c und d – neu – (§ 155 Abs. 5 Satz 1, 2 und 5, Satz 2 Nr. 4 – neu – und Abs. 6 – neu – SGB V),
Nr. 125 Buchstabe b (§ 164 Abs. 5 SGB V) und Artikel 46 Abs. 5 (Inkrafttreten)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) Artikel 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 131 wird § 171b wie folgt geändert:

aaa) Der bisherige Wortlaut wird mit Absatz 1 bezeichnet.

bbb) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Die notwendigen Übergangs- oder Sonderregelungen, die auf Grund der Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich sind, sowie das Inkrafttreten des Absatzes 1 werden in einem besonderen Gesetz mit Zustimmung des Bundesrates geregelt.“

bb) Nach Nummer 131 wird folgende Nummer eingefügt:

‚131a. Nach § 171b wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 171c
Haftungsausschluss

Die Haftung der Länder für Ansprüche der Arbeitnehmer nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung oder eine inhaltsgleiche Haftung aus anderen Rechtsgründen entfällt bei Körperschaften nach den §§ 4 und 207; dies gilt auch für eine bereits eingetretene Haftung.“‘

cc) Nummer 124 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe c wird § 155 Abs. 5 wie folgt geändert:

aaaa) In den Sätzen 1, 2 und 5 wird jeweils die Angabe „2008“ durch die Angabe „2009“ ersetzt.

bbbb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaaaa) Die Angabe „Satz 1“ wird durch die Wörter „Diese Haftung“ ersetzt.

bbbbb) In Nummer 2 wird das Wort „sowie“ gestrichen.

ccccc) In Nummer 3 werden der Punkt gestrichen und folgende Nummer angefügt:

„4. Ansprüche der Arbeitnehmer, die sie im Falle

der Eröffnung eines Insolvenzverfahrens nach den Vorschriften des Dritten Buches über das Insolvenzgeld von der Agentur für Arbeit und nach den Vorschriften des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung vom Träger der Insolvenzsicherung beanspruchen könnten.“

bbb) Folgender Buchstabe wird angefügt:

‚d) Folgender Absatz wird angefügt:

„(6) Reicht das Vermögen der nach Absatz 5 haftenden Betriebskrankenkassen nicht aus, um die Ansprüche nach Absatz 5 Satz 2 Nr. 2 bis 4 zu befriedigen, haften alle übrigen Krankenkassen. Das Nähere hierzu regelt die Satzung des Spitzenverbandes nach § 217a.“ ‘

dd) In Nummer 125 wird Buchstabe b wie folgt gefasst:

‚b) In Absatz 5 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „und § 155 Abs. 5 und 6“ eingefügt.‘

b) In Artikel 46 Abs. 5 wird die Angabe „Nr. 131,“ gestrichen.

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die geplante generelle Einführung des Insolvenzrechts wirft eine Vielzahl von ungeklärten Fragen auf. Auch der vorliegende Gesetzentwurf geht davon aus, dass notwendige Anpassungsregelungen, die erforderlich sind, um Sozialrecht und Insolvenzrecht kompatibel zu machen, zu treffen sind. Es muss daher sichergestellt sein, dass vor der Einführung des Insolvenzrechts die notwendigen Folgeregelungen getroffen werden. Da von der Neuregelung ausschließlich landesunmittelbare Krankenkassen und die Zuständigkeiten der Länder tangiert werden, ist die Zustimmung des Bundesrates zwingend.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund der bisherigen, umfassenden Haftungsregelung im SGB V bestand hinsichtlich der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände praktisch kein Raum für die Anwendung der Haftungsregelung des § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung. Dem wird mit dem Haftungsausschluss Rechnung getragen. Zugleich wird damit vermieden, dass die mit diesem Gesetz bewirkten umfassenden Änderungen des Finanzierungs- und Organisationsrechts der GKV zu einer Haftung oder Nachhaftung der Länder führen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Zu Vierfachbuchstabe aaaa

Analog der zulässigen Verschiebung der Entschuldung auf den 31. Dezember 2008 wird die beschränkte kassenarteninterne Haftung für Altschulden bis zum 31. Dezember 2008 ausgeweitet.

Zu Vierfachbuchstabe bbbb

Durch die Formulierung wird klargestellt, dass die kassenarteninterne Haftung für Ansprüche nach den Nummern 1 bis 4 sowie für Ansprüche der Dienstordnungsangestellten nach § 164 Abs. 2 bis 5 zeitlich nicht befristet ist.

Mit der neu eingeführten Nummer 4 wird sichergestellt, dass Ansprüche der Arbeitnehmer bei insolvenzunfähigen Krankenkassen und deren Verbänden durch die Einfügung des neuen § 171c nicht ins Leere laufen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Mit der Ausfallhaftung des gesamten GKV-Systems wird für eine Übergangszeit bis zu einer abschließenden Entscheidung über die Einführung des Insolvenzrechts und dessen genaue Ausgestaltung umfassend sichergestellt, dass Ansprüche der Versicherten, Leistungserbringer und Dienstordnungsangestellten sowie im Insolvenzfall grundsätzlich geschützte Ansprüche der Arbeitnehmer erfüllt werden. Die nähere Ausgestaltung bleibt der Satzung des neuen Spitzenverbandes vorbehalten.

Zu Doppelbuchstabe dd

Folgeänderung zur Einfügung von § 155 Abs. 6.

Zu Buchstabe b

Die Folgeänderung ist wegen der Änderung in Artikel 1 Nr. 131 (§ 171b Abs. 2 – neu -) erforderlich.

59. **Zu Artikel 1 Nr. 133 Buchstabe a** (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 und 4a und Satz 2 – neu – SGB V),
Nr. 123a – neu – (§ 149 Überschrift, Abs. 1 und 2 – neu – SGB V) und
Nr. 124a – neu – (§159 Überschrift und Abs. 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 133 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

‚a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In der Nummer 4 werden nach dem Wort „vorsieht“ die Wörter „und die entsprechende Satzungsregelung bis zum 1. Januar 2009 genehmigt worden ist“ eingefügt.

bbb) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer eingefügt:

„4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die See-Krankenkasse,“.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, darf sie das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen.“‘

Folgeänderungen

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 123 wird folgende Nummer 123a eingefügt:

‚123a. § 149 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „auf weitere Betriebe“ gestrichen.

b) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Für eine Betriebskrankenkasse, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält, gilt § 168 Abs. 3 entsprechend.“‘

b) Nach Nummer 124 wird folgende Nummer eingefügt:

‚124a. § 159 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „auf weitere Handwerksinnungen“ gestrichen.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Für eine Innungskrankenkasse, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält, gilt § 168 Abs. 3 entsprechend.“‘

Begründung

Angesichts der mit dem Gesetzentwurf angestrebten Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und den Kassenarten ist es nicht länger gerechtfertigt, den Kassenbereich von für die Allgemeinheit geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen von abgegrenzten Regionen der Ortskrankenkassen, also von Konkurrenzkassen, abhängig zu machen.

Begründung zu den Folgeänderungen

Folgeänderungen zur Änderung des Artikels 1 Nr. 133.

Geöffnete Betriebskrankenkassen (Nummer 123a) und Innungskrankenkassen (Nummer 124a) werden hinsichtlich des Rechts, ihren Kassenbezirk selbstverantwortlich zu bestimmen, den Ersatzkassen gleichgestellt.

60. **Zu Artikel 1 Nr. 136** (Zweiter Abschnitt des Sechsten Kapitels Zweiter Titel SGB V) und **Artikel 46 Abs. 7** (Inkrafttreten)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) Artikel 1 Nr. 136 wird wie folgt gefasst:

‚136. Der Zweite Titel im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt geändert:

a) § 177 wird aufgehoben.

b) Im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird der Zweite Titel aufgehoben.‘

b) In Artikel 46 Abs. 7 wird nach der Angabe „Nr. 135 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc,“ die Angabe „Nr. 136 Buchstabe b,“ eingefügt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zum 1. April 2007 wie vorgesehen geöffnet und die Öffnung der See-Krankenkasse auf den 1. Januar 2009 verschoben. Die Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse ist durch den notwendigen zeitlichen Vorlauf zur umfassenden Verfahrensumstellung bedingt. Bisher laufen die Meldungen und Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie zur Unfallversicherung und Seemannskasse zentral an die See-Krankenkasse. Entsprechend ist das Melde- und Beitragsverfahren speziell auf die Bedürfnisse der Seeleute und Reedereien zugeschnitten und müsste neu organisiert und eingerichtet werden. Um fehlerhafte Rentenversicherungskonten und Berechnungen der Leistungen aus der Seemannskasse zu vermeiden, bedarf es einer entsprechenden Umstellungsfrist. Auch für die Reedereien, die bisher für die Sozialversicherung nur einen Ansprechpartner hatten, erhöht sich der Verwaltungsaufwand und bedarf es einer Umstellung der Verfahren. Durch die Verschiebung auf den 1. Januar 2009 erfolgt die Öffnung zeitgleich mit der Stichtagsregelung für die Betriebskrankenkassen nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4.

Zu Buchstabe b

Mit der Aufhebung des Zweiten Abschnitts des Sechsten Kapitels wird der Zweite Titel aufgehoben und damit die See-Krankenkasse für Versicherte außerhalb der Seeschifffahrt geöffnet. Bisher ist das Melde- und Beitragsverfahren auf einen speziellen Kreis von Beschäftigten und Unternehmen ausgerichtet. Die notwendige umfassende Verfahrensumstellung bedarf eines zeitlichen Vorlaufs, der bis zur vorgesehenen Öffnung am 1. April 2007 nicht gegeben ist. Das Inkrafttreten der Öffnung wird daher auf den 1. Januar 2009 verschoben und erfolgt damit zeitgleich mit der Stichtagsregelung für die Betriebskrankenkassen nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V.

61. **Zu Artikel 1 Nr. 142** (§ 197b Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 142 wird § 197b Satz 1 wie folgt geändert:

a) Nach dem Wort „Aufgaben“ werden die Wörter „durch Arbeitsgemeinschaften oder“ eingefügt.

b) Nach den Wörtern „Aufgabenwahrnehmung durch“ werden die Wörter „die Arbeitsgemeinschaft oder“ eingefügt.

Begründung

§ 197b ermöglicht es den Krankenkassen, ihnen obliegende Aufgaben Dritten zu übertragen. Diese Neufassung schließt allerdings Verbände und Arbeitsgemeinschaften im Sinne des § 94 SGB X von der Aufgaben-

übertragung aus. Nach herrschender Meinung in der Literatur können Verbände oder Arbeitsgemeinschaften nicht Dritte nach § 97 SGB X sein. Es bedarf daher einer Klarstellung im neuen § 197b.

62. **Zu Artikel 1 Nr. 142** (§ 197b Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 142 wird in § 197b Satz 3 nach der Angabe „bis 92“ die Angabe „und 97“ eingefügt.

Begründung

Nach § 197b können die Krankenkassen mit der Erledigung von Aufgaben auch Dritte beauftragen. § 97 SGB X regelt für diese Fälle die Anzeigepflicht gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde. Zur Klarstellung wird eingefügt, dass diese Regelung auch im Falle des § 197b Anwendung findet.

63. **Zu Artikel 1 Nr. 142a – neu –**
(§ 208 Abs. 2 Satz 2 – neu – SGB V)

In Artikel 1 wird nach Nummer 142 folgende Nummer eingefügt:

‚142a. In § 208 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 70 Abs. 1 und 3“ durch die Angabe „§ 70 Abs. 1, 3 und 5“ ersetzt.‘

Begründung

Mit dem Gesetz zur Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) wurden unter anderem auch zahlreiche Verweisungsnormen, die insbesondere den Vorlagetermin für die Haushaltspläne (1. November eines jeden Jahres) betreffen, infolge eines redaktionellen Versehens geändert.

64. **Zu Artikel 1 Nr. 143a – neu –**
(§ 211 Abs. 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 wird nach Nummer 143 folgende Nummer eingefügt:

‚143a. Dem § 211 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Landesverbände haben einen Anspruch auf Ausgleich ihrer Aufwendungen für Aufgaben, die sie gegenüber Mitgliedskassen anderer Landesverbände ihrer Kassenart erbringen. Die Landesverbände einer Kassenart treffen spätestens bis 30. September eines Jahres für das Folgejahr eine Vereinbarung über den Ersatz der Aufwendungen nach Satz 1. § 91 SGB X gilt entsprechend.“‘

Begründung

Aufgrund der veränderten organisationsrechtlichen Rahmenbedingungen werden sich die Kassenstrukturen weiterhin verändern. Eine Finanzierung der Landesverbände ausschließlich nach dem Kassensitz- und Mitgliedschaftsprinzip ist nicht mehr sachgerecht. Die medizinische Versorgung der Versicherten erfolgt bereits derzeit zu einem Großteil außerhalb der eigentlichen Verbandsbereiche. Entsprechend entfalten die gesetzlich zugewiesenen Aufgaben der Landesverbände ihre Wirkung über die Verbandsbereiche hinaus auch auf Krankenkassen anderer Verbandsbereiche. Anstelle der bisherigen Satzungsregelung beim Bundesverband der jeweiligen Kassenart zur pauschalisierten Entschädigung für die Betreuung von Krankenkassen mit Mitgliedern, die außerhalb des Zuständigkeitsbereichs ihres Landesverbandes wohnen, tritt eine gesetzlich vorgesehene vertragliche Vereinbarung.

65. **Zu Artikel 1 Nr. 143a – neu –** (§ 211a – neu – SGB V)

In Artikel 1 wird nach Nummer 143 folgende Nummer eingefügt:

‚143a. Nach § 211 wird folgender § 211a eingefügt:

„211a
Entscheidungen auf Landesebene

Die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen sollen sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der Kassenart, dessen Stimme mit der landesweiten Anzahl der Versicherten nach der Statistik KM 6 seiner Kassenart zu gewichten ist. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM 6 jährlich zum 1. Januar anzupassen.“‘

Begründung

Die Regelung schafft den Rahmen, gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen auf Landesebene sicherzustellen.

66. **Zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe a**
(§ 212 Abs. 1 Satz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe a wird in § 212 Abs. 1 nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Gesellschafter sind die am 31. Dezember 2008 vorhandenen Mitglieder des jeweiligen Bundesverbandes.“

Begründung

Gemäß § 212 Abs. 1 Satz 2 in der aktuellen Fassung sind Mitglieder des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen neben den Landesverbänden auch die Betriebskrankenkassen der Dienstbetriebe des Bundes. Die Ergänzung stellt sicher, dass alle am 31. Dezember 2008 vorhandenen Mitglieder eines Bundesverbandes Gesellschafter der zum 1. Januar 2009 umgewandelten Gesellschaft bürgerlichen Rechts werden und die vorgesehenen Rechte und Pflichten der Gesellschafter wahrnehmen.

67. **Zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e Doppelbuchstabe aa, Doppelbuchstabe bb Dreifachbuchstabe aaa und bbb und Doppelbuchstabe cc – neu – und dd – neu –**
(§ 212 Abs. 5 Satz 3a – neu –, 4 und 4a – neu – und 5 SGB V) und
Artikel 8 Nr. 23 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb – neu –
(§ 52 Abs. 1 Satz 2 – neu – SGB XI)

Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

‚e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die in diesem Gesetz den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben sind von den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch eine gemeinsame Vertretung auf Landesebene wahrzunehmen.“

bb) Satz 4 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Wörter „und ihre Verbände“ werden gestrichen.

bbb) Die Wörter „einen Bevollmächtigten“ werden durch die Wörter „einen gemeinsamen Bevollmächtigten“ ersetzt.

cc) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„In allen Aufgabenbereichen, die gesetzlich den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesen sind, können die Ersatzkassen die Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten durch Satzungsbeschluss auf ihre Verbände als Beliehene der Ersatzkassen übertragen.“

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei Auflösung des Vereins [weiter wie Gesetzentwurf zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e Doppelbuchstabe bb].“ ‘

Folgeänderung

In Artikel 8 Nr. 23 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

‚a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden [weiter wie Gesetzentwurf].

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 212 Abs. 5 Satz 3a bis 4a des Fünften Buches gilt entsprechend.“ ‘

Begründung

Die Änderung ist erforderlich, um eine Diskriminierung der Ersatzkassen gegenüber den anderen Kassenarten zu vermeiden. Eine Schlechterstellung entstünde ansonsten infolge der Organisationsreform der Verbände insbesondere dadurch, dass die Verbände der Ersatzkassen im Gegensatz zu den anderen Landesverbänden der Krankenkassen keine Verwaltungsakte erlassen könnten und keine Widerspruchsverfahren durchführen könnten. Wichtige Aufgabenbereiche könnten dann nicht mehr von den Verbänden für die Ersatzkassen wahrgenommen werden. Ohne die Befugnis der Verbände der Ersatzkassen, Verwaltungsakte zu erlassen, entstünde zudem ein hoher Bürokratieaufwand auf Seiten der Leistungserbringer. Diese müssten sich an jede einzelne Ersatzkasse wenden.

68. **Zu Artikel 1 Nr. 145** (§ 213 Abs. 1 Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 145 werden in § 213 Abs. 1 Satz 6 das Wort „Beschäftigung“ durch das Wort „Anstellung“ und das Wort „beschäftigt“ durch das Wort „angestellt“ ersetzt.

Begründung

Die in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts umgewandelten Bundesverbände können nicht mehr Anstellungskörperschaft der Dienstordnungsangestellten sein. Daher ist der im Gesetzentwurf vorgesehene Übergang auf die Landesverbände als Gesellschafter sinnvoll. Dem steht jedoch eine Weiterbeschäftigung bei dem Bundesverband nicht entgegen; vielmehr muss sich zwingend nur das Anstellungsverhältnis ändern.

69. **Zu Artikel 1 Nr. 149** (§ 217f Abs. 2 bis 5 SGB V) und **Artikel 5 Nr. 9** (§ 69 Abs. 5 SGB IV)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) In Artikel 1 Nr. 149 werden in § 217f die Absätze 2 bis 5 durch folgende Absätze ersetzt:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen trifft in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen Entscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge (§§ 23, 76 des Vierten Buches).

(4) Die von den bestehenden Bundesverbänden sowie der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bund-See, den Verbänden der Ersatzkassen und der See-Krankenkasse bis zum 31. Dezember 2007 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen gelten so lange fort, bis der Spitzenverband Bund im Rahmen seiner Aufgabenstellung neue Vereinbarungen, Regelungen oder Entscheidungen trifft oder Schiedsämter den Inhalt von Verträgen neu festsetzen.“

b) Artikel 5 Nr. 9 wird gestrichen.

Begründung

Zu Buchstabe a

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschränkt sich im Rahmen der beabsichtigten Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen auf die Regelung wettbewerbsneutraler Fragen.

Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, aber auch zu Fragen der elektronischen Datenverarbeitung, sind Gegenstand des Kassenwettbewerbs und damit der Regelungskompetenz des Spitzenverbandes entzogen.

Dies wird auch durch die Regelung des § 69 Abs. 5 SGB IV bestätigt, nach dem in der geltenden Fassung zwischen den Rentenversicherungsträgern ein Benchmarking der Leistungs- und Qualitätsdaten durchgeführt werden soll, da die Rentenversicherungsträger sich gerade nicht im Wettbewerb miteinander befinden.

Die Fortgeltungsregelung hinsichtlich vorhandener Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen kann sich nur auf Organisationen beziehen, die nach dem 31. Dezember 2007 nicht mehr bestehen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Neufassung des § 217f Abs. 2 bis 5 in Artikel 1 Nr. 149.

70. **Zu den Landwirtschaftlichen Krankenkassen**

Der Bundesrat bittet, im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens sicherzustellen, dass die Beteiligung der Landwirtschaftlichen Krankenkassen an den Zahlungen des Bundes für versicherungsfremde Leistungen gemäß § 221 SGB V auch nach Inkrafttreten des Gesundheitsfonds ab 1. Januar 2009 erhalten bleibt.

Begründung

Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen sind gesetzliche Krankenkassen, die nach der geltenden Rechtslage durch die Pauschal-Abgeltungsverordnung nach § 221 Abs. 2 SGB V einen Anteil von den Zahlungen des Bundes an die GKV für versicherungsfremde Leistungen erhalten.

Durch die Formulierung des Artikels 2 Nr. 29 GKV-WSG, wonach der Bund ab 1. Januar 2009 zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2009 3 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds leistet, besteht die Gefahr, dass die Landwirtschaftlichen Krankenkassen zukünftig von der Beteiligung am Bundeszuschuss ausgeschlossen werden.

Da die übrigen Krankenkassen ab 2009 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds durch den Risikostrukturausgleich erhalten und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen gemäß § 266 Abs. 9 SGB V nicht am Risikostrukturausgleich teilnehmen, ist nicht gesetzlich sichergestellt, dass diese Kassenart auch zukünftig Bundesmittel für versicherungsfremde Leistungen erhält.

71. **Zu Artikel 1 Nr. 159 Buchstabe b**
(§ 241 Abs. 2 SGB V) und
Artikel 2 Nr. 29a Buchstabe c
(§ 241 Abs. 2 Satz 4 SGB V)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) In Artikel 1 Nr. 159 Buchstabe b wird in § 241 Abs. 2 das Wort „ohne“ durch das Wort „mit“ ersetzt.

b) In Artikel 2 Nr. 29a Buchstabe c wird in § 214 Abs. 2 Satz 4 das Wort „ohne“ durch das Wort „mit“ ersetzt.

Begründung

Der allgemeine Beitragssatz für alle Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung soll zum Start des Gesundheitsfonds mit Wirkung ab 1. Januar 2009 und für die Folgejahre durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegt werden. Nach dem Gesetzentwurf ist keine Zustimmung des Bundesrates vorgesehen. Ein Zustimmungserfordernis ist jedoch gegeben, da die einheitlich festgelegten Beitragssätze auch für die landesunmittelbaren Krankenkassen gelten, die der Rechtsaufsicht der Länder unterliegen.

72. **Zu Artikel 1 Nr. 162** (§ 243 Abs. 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 162 wird in § 243 Abs. 3 Satz 1 das Wort „ohne“ durch das Wort „mit“ ersetzt.

Begründung

Der ermäßigte Beitragssatz für alle Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung soll zum Start des Gesundheitsfonds mit Wirkung ab 1. Januar 2009 durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegt werden. Nach dem Gesetzentwurf ist keine Zustimmung des Bundesrates vorgesehen. Ein Zustimmungserfordernis ist jedoch gegeben, da die einheitlich festgelegten Beitragssätze auch für die landesunmittelbaren Krankenkassen gelten, die der Rechtsaufsicht der Länder unterliegen.

73. **Zu Artikel 1 Nr. 173 Buchstabe 0a – neu –**
(§ 255 Abs. 1 Satz 1 – neu – SGB V),
Artikel 5 Nr. 2a – neu –
(§ 28e Abs. 1 Satz 1 – neu – SGB IV) und
Nr. 3a – neu – (§ 28g Satz 1 – neu – SGB IV)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) In Artikel 1 Nr. 173 wird dem Buchstaben a folgender Buchstabe vorangestellt:

‚0a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „zu tragen haben,“ die Wörter „sowie ein Zusatzbeitrag nach § 242,“ eingefügt.‘

b) Artikel 5 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:

‚2a. In § 28e Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Gesamtsozialversicherungsbeitrag“ die Wörter „und den von der Krankenkasse des Arbeitnehmers festgesetzten Zusatzbeitrag nach § 242 des Fünften Buches“ eingefügt.‘

bb) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:

‚3a. In § 28g Satz 1 werden nach dem Wort „Gesamtsozialversicherungsbeitrags“ die Wörter „sowie auf den Zusatzbeitrag nach § 242 des Fünften Buches“ eingefügt.‘

Begründung

Für den Einzug des Zusatzbeitrags ist für jedes Mitglied ein Beitragskonto (Debitorenkonto) zu führen, wie es bereits heute u. a. für die Personenkreise der freiwilligen Mitglieder, der Rentenantragsteller und der Studenten praktiziert wird. Dies führt zu einem erheblichen Verwaltungsmehraufwand und konterkariert die Bemühungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Einhaltung des Verwaltungskostenbudgets.

Die Erfahrungen mit dem Einzug des Zusatzbeitrags nach Artikel 17 § 2 des 2. Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) (Notopfer Krankenhaus) haben gezeigt, dass es trotz eines erheblichen Verwaltungsaufwandes der gesetzlichen Krankenkassen nicht gelingen wird, von allen Mitgliedern den Zusatzbeitrag einzuziehen. Erfahrungsgemäß wird bei den Mitgliedern, die ihren Zahlungsverpflichtungen hinsichtlich des Zusatzbeitrags nicht nachkommen, eine Realisierung der Forderung auch im Wege der Verwaltungszwangsvollstreckung oftmals nicht erfolgreich sein, da

Einkommen und Eigentum in der Regel vor dem Vollstreckungszugriff gesetzlich geschützt sind. Die daraus resultierenden Zahlungsausfälle verstärken die dargestellte Wirkung der Überforderungs- bzw. Härtefallklausel.

Um den Inkassoaufwand und etwaige Inkassoausfälle bei der Einziehung des Zusatzbeitrags zu vermeiden, ist daher ein „Quellenabzugsverfahren“ für die Versichertengruppen der Arbeitnehmer im Rahmen des Gesamtsozialversicherungsbeitrags, aber auch der Rentner und der Bezieher von Leistungen nach den SGB II und III vorzusehen. Dieses Verfahren würde der bereits heute praktizierten Regelung entsprechen.

74. **Zu Artikel 1 Nr. 174 Buchstabe c**
(§ 257 Abs. 2a Satz 1 SGB V),
Nr. 212 (§ 314 Satz 1 und 2 SGB V),
Artikel 45 Nr. 7 (§ 13a Abs. 2 Satz 2 KalV) und
Artikel 46 Abs. 5 und 7 (Inkrafttreten)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) Artikel 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 174 Buchstabe c wird in § 257 Abs. 2a Satz 1 die Angabe „2008“ durch die Angabe „2009“ ersetzt.

bb) In Nummer 212 wird § 314 wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 wird die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ ersetzt.

bbb) In Satz 2 wird die Angabe „2008“ durch die Angabe „2009“ ersetzt.

b) In Artikel 45 Nr. 7 wird in § 13a Abs. 2 Satz 2 die Angabe „2008“ durch die Angabe „2009“ ersetzt.

c) Artikel 46 wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Angaben „Nr. 48,“ und „Nr. 174 Buchstabe c und d,“ werden gestrichen.

bbb) Die Angabe „Artikel 42 bis 45“ wird durch die Angabe „Artikel 42“ ersetzt.

bb) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach der Angabe „Nr. 41,“ wird die Angabe „Nr. 48,“ eingefügt.

bbb) Nach der Angabe „Nr. 174“ wird die Angabe „Buchstabe a, b und e“ gestrichen.

ccc) Nach der Angabe „Artikel 16, 17, 26 bis 29“ wird die Angabe „, Artikel 43 bis 45“ eingefügt.

Begründung

Das Inkrafttreten der Änderungen im Bereich der PKV erfolgt am 1. Januar 2009 zeitgleich mit dem Start des Gesundheitsfonds.

75. **Zu Artikel 1 Nr. 176 Buchstabe a**
(§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 176 Buchstabe a werden in § 264 Abs. 2 Satz 1 die Wörter „Leistungen nach § 40 Satz 1 des Achten Buches“ durch die Wörter „Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch“ ersetzt.

Begründung

Intention des Gesetzes ist ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Versicherung. Die Formulierung im Gesetzentwurf „und von Empfängern von Leistungen nach § 40 Satz 1 des Achten Buches“ erfasst nicht alle Krankenhilfeempfänger nach dem Achten Buch, da Krankenhilfe auch nach den §§ 19 und 21 SGB VIII gewährt werden kann.

76. **Zu Artikel 1 Nr. 177a – neu –**
(§ 265a – neu – SGB V) und
Artikel 2 Nr. 29d – neu – (§ 265a – neu – SGB V)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) In Artikel 1 wird nach Nummer 177 folgende Nummer eingefügt:

‚177a. § 265a wird wie folgt gefasst:

„§ 265a
Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen, zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit und zur Entschuldung

(1) Die Satzungen der Bundesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen haben mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen

1. in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit oder
2. zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart

vorzusehen. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen sowie die Berücksichtigung bereits erbrachter oder vereinbarter Entschuldungsbeiträge und struktureller Maßnahmen der Mitglieder regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen über die Hilfeleistungen nach Satz 1 Nr. 2 bedürfen einer Zweidrittelmehrheit aller Mitglieder, wobei das Stimmrecht der Mitglieder gemäß der Versichertenzahl der jeweiligen Krankenkassen zu gewichten ist.

(2) Der Vorstand des Bundesverbandes oder des Verbandes der Ersatzkassen entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse. Die Hilfen nach Absatz 1 Satz 1 können als Darlehen gewährt und befristet werden. Sie sollen mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(3) Die Satzungsbestimmungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 sind bis zum 30. April 2007 anzupassen und müssen sicherstellen, dass der Umfang der Hilfeleistungen ausreicht, um bei den Krankenkassen der Kassenart den Abbau der am 31. Dezember

2005 bestehenden Verschuldung nach § 222 bis zum 31. Dezember 2008 zu gewährleisten. Die Satzung hat zu bestimmen, in welchem Umfang die antragstellende Krankenkasse zu diesem Zweck einen eigenen Entschuldungsbeitrag leisten muss. Bei der Aufteilung der Hilfen nach Satz 1 ist die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen der Kassenart angemessen zu berücksichtigen.

(4) Krankenkassen, die am 31. Dezember 2005 eine Verschuldung aufweisen, haben bis zum 31. Mai 2007 ihrer Aufsichtsbehörde nachprüfbar darzulegen, wie die Verschuldung bis zum 31. Dezember 2008 beseitigt werden soll.

(5) Klagen gegen Bescheide zur Umsetzung der Satzungsregelung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 haben keine aufschiebende Wirkung.“ ‘

b) In Artikel 2 wird nach Nummer 29c folgende Nummer eingefügt:

‚29d. § 265a wird wie folgt gefasst:

„§ 265a
Finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen und zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit

(1) Die Satzungen der Bundesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen nach § 212 können mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen in besonderen Notlagen einer Krankenkasse ihrer Kassenart oder zur Erhaltung deren Wettbewerbsfähigkeit vorsehen. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden. Näheres über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung und Durchführung der finanziellen Hilfen regeln die Satzungen. Die Satzungsbestimmungen bedürfen der Mehrheit der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen. Der Finanzausgleich kann befristet und mit Auflagen verbunden werden, die der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit dienen.

(2) Der Vorstand des Bundesverbandes oder des Verbandes der Ersatzkassen entscheidet über die Hilfe auf Antrag des Vorstands der Krankenkasse.“ ‘

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Regelung basiert im Wesentlichen auf § 265a in der Fassung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes.

Die Neufassung des Absatzes 1 Satz 2 ermöglicht es, im Rahmen der Entschuldung vertraglich vereinbarte und bereits geleistete Struktur- und Finanzmaßnahmen zu berücksichtigen. Bereits früher von dem Mitglied erbrachte oder vereinbarte Entschuldungsbeiträge müssen nach näherer satzungsmäßiger Bestimmung berücksichtigt werden; die Satzung kann insbesondere den maßgeblichen Zeitrahmen der Anrechenbarkeit früherer Entschuldungsbeiträge, die Vergleichbarkeit der zu berücksichtigenden Beiträge und Verrechenbarkeitsregelungen enthalten.

Bei dem in Absatz 1 Satz 3 vorgesehenen Quorum ist von einer Zweidrittelmehrheit aller Mitglieder (und nicht nur der anwesenden Mitglieder) auszugehen, wobei das Stimmrecht entsprechend der Versichertenzahl der jeweiligen Kassen zu gewichten ist. Beschlüsse über Satzungsbestimmungen zur Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen ihrer Kassenart können erhebliche finanzielle Verpflichtungen begründen und greifen damit besonders gravierend in die Finanz- und Haushaltsplanung der einzelnen Krankenkassen ein. Sie bedürfen aus diesem Grunde einer breiten Mehrheit, um ihre Folgen und Auswirkungen zu rechtfertigen.

Mit der Änderung in Absatz 3 wird die Frist, bis zu der die Kassen ihre Verschuldung abzubauen haben, generell auf den 31. Dezember 2008 verlängert. Zugleich wird vorgegeben, dass die Satzungen der Bundesverbände bis zum 30. April 2007 an die neue Rechtslage angepasst werden. Insgesamt wird den Bundesverbänden für die Ausgestaltung der Satzungsregelung entsprechend dem Selbstverwaltungsrecht mehr Freiheit eingeräumt.

In Absatz 4 wird die Frist für die Vorlage der Entschuldungskonzepte auf den 31. Mai 2007 verschoben, damit ausreichend Zeit bleibt, auf die neue Rechtslage zu reagieren und aktuellere Finanzdaten berücksichtigt werden können.

Zu Buchstabe b

Auch nach der Entschuldungsphase müssen Finanzhilfen an Krankenkassen weiterhin möglich sein. Dies wird mit der Neufassung des § 265a in Artikel 2 erreicht. Die Neuregelung tritt gemäß Artikel 46 Abs. 7 am 1. Januar 2009 in Kraft.

77. **Zu Artikel 1 Nr. 182 und 183**
(§§ 270 und 271 sowie 272 SGB V)

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die finanziellen Auswirkungen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auf die Länder für die Phase der Übergangsregelungen jeweils zügig und transparent darzulegen, sobald entsprechende Berechnungen vorgenommen werden können. Das gilt auch für Berechnungen, die auf Schätzwerten beruhen.

Die durch den Fonds angelegten Finanzströme zwischen den Kassen müssen zu einem ausreichenden Finanzvolumen zur Versorgung der Bevölkerung führen.

Der Bundesrat stellt in diesem Zusammenhang fest, dass eine Benachteiligung von grundlohnsummenschwachen Ländern mit hoher Krankenrisikostruktur vermieden werden muss.

Begründung

Es ist zu vermeiden, dass durch die vorgesehene Konvergenzregelung mit Transferbegrenzung für Länder mit einer günstigen Risikostruktur ihrer Bevölkerung mehr Mittel zugewiesen werden als für eine notwendige Gesundheitsversorgung erforderlich wäre und umgekehrt, dass in Ländern mit ungünstiger Bevölkerungsstruktur Mittel nicht in der Höhe zugewiesen werden, wie sie benötigt würden.

Der Bundesrat hält zudem die vorgesehene Umstellung des Risikostrukturausgleichs auf Basis morbiditätsorientierter Grundlagen für unzureichend. Eine Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten ist in der Wirkung zu unpräzise, um Anreize zu nicht gewünschten Risikoselektionen zu vermeiden. Als ein erster Schritt könnte die Aufnahme einer Formulierung in § 268 betrachtet werden, in der mindestens 80 Krankheiten der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde zu legen sind.

Zu prüfen ist die Streichung des Schwellenwertes von 50 Prozent oberhalb der Durchschnittsausgaben je Versichertem bei der Auswahl der vorgenannten Krankheiten. Zu prüfen ist, ob es sachgerechtere Möglichkeiten gibt, gerade die ausgabenrelevante Multimorbidität betroffener Patienten zur Grundlage der Krankheitenauswahl zu machen.

78. **Zu Artikel 1 Nr. 183**
(§ 272 Abs. 4 Satz 4 bis 10 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 183 werden dem § 272 Abs. 4 folgende Sätze angefügt:

„Das wissenschaftliche Gutachten ist bis zum 30. Juni 2008 vorzulegen. Dabei ist insbesondere festzustellen, welche Transferzahlungen derzeit zwischen den Ländern durch den bestehenden Risikostrukturausgleich nach den §§ 266 und 269 sowie innerhalb der überregionalen Krankenkassen stattfinden. Des Weiteren ist zu begutachten, welche Transferzahlungen zwischen den Ländern nach Einführung des Gesundheitsfonds nach § 271 bei Beibehaltung des bestehenden Risikostrukturausgleichs nach den §§ 266 und 269, bei Erweiterung des Risikostrukturausgleichs um standardisierte Verwaltungskosten gemäß § 270 Abs. 1 Buchstabe c, bei Erweiterung des Risikostrukturausgleichs entsprechend § 268 sowie innerhalb der überregionalen Krankenkassen erfolgen. Darüber hinaus sind die (voraussichtlichen) Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 mit einzubeziehen. Dabei sind bezüglich der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds nach § 271 alternativ die Finanzierung der Gesundheitsausgaben zu 100 vom Hundert, zu 97 vom Hundert und zu 95 vom Hundert zu berechnen. In allen Varianten ist außerdem auszuweisen, welche Über- und Unterdeckung je Versichertem bei Krankenkassen, gegliedert in landes- und bundesunmittelbare Krankenkassen, und je Kassenart entstehen. Für die Berechnungen sind die endgültigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KJ 1 des Jahres 2005 heranzuziehen und für die Jahre 2007 und 2008 zu prognostizieren.“

Begründung

Gegenstand des politischen Kompromisses zur Einführung eines Gesundheitsfonds war eine Abfederung der Mehrbelastungen einzelner Länder durch eine Konvergenzphase, nach der die tatsächlichen Mehrbelastungen durch sämtliche durch die Fondssystematik ausgelösten Mechanismen 100 Mio. Euro pro Jahr nicht übersteigen dürfen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es erforderlich, dass vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds die zugrunde zu legenden länderspezifischen Be- und Entlastungswirkungen durch ein wissenschaftliches Gutachten quantifiziert werden. Um eine valide Datenbasis zu erhalten, sind zumindest die Zielfragen der wissenschaftlichen Untersuchung festzulegen. Das Nähere über die Datenerhebung zur Umsetzung der Vorgaben des Absatzes 1 wird im Übrigen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates geregelt.

79. **Zu Artikel 1 Nr. 184 Buchstabe c**
(§ 274 Abs. 4 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 184 wird Buchstabe c gestrichen.

Begründung

Den Ländern steht mit den Landesprüfdiensten ein erwiesenermaßen effektives Instrumentarium zur Prüfung der landesunmittelbaren Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften zur Verfügung. Doppelprüfungen durch die Prüfdienste der Länder und den Bundesrechnungshof verstärken die Bürokratie und sind daher zu vermeiden. Unabhängig davon ist das aus § 55 Abs. 1 Satz 1 des Haushaltsgrundsätzegesetzes abgeleitete Prüfrecht des Bundesrechnungshofes bei landesunmittelbaren Einrichtungen nicht unumstritten.

80. **Zu Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe a**
(§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe a wird in § 275 Abs. 1c der Satz 3 gestrichen.

Begründung

Die bisherigen Prüfungen durch die Medizinischen Dienste zeigen schon heute eine gute Fallauswahl der Krankenkassen, die einen sehr hohen Anteil von weit über 40 Prozent fehlkodierter Fälle zeigen.

Die Diagnoses Related Groups (DRG) sind als lernendes System angelegt. Die Erfahrungen aus den Prüfungen auch einschließlich der Fälle, die nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, tragen zu einer Optimierung dieses Systems bei. Eine Aufwandspauschale ist vor diesem Hintergrund nicht zielführend.

Die Einführung eines „Sanktionsbetrages“ wäre kontraproduktiv, weil er die Prüfungen und deren Wirkungen ausschließlich an ökonomischen Kriterien misst. Hinzu kommt, dass die Einführung einer Aufwandspauschale Krankenhäuser und Krankenkassen mit erhöhtem Verwaltungsaufwand belasten würde.

81. **Zu Artikel 1 Nr. 189 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb**
(§ 281 Abs. 1 Satz 2a SGB V)

In Artikel 1 Nr. 189 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb werden in § 281 Abs. 1 Satz 2a nach den Wörtern „ei-

nes Jahres“ die Wörter „für das folgende Haushaltsjahr abschließend“ eingefügt.

Begründung

Die Änderung stellt klar, dass alle Medizinischen Dienste einheitlich auf der Basis der am 1. Juli eines Jahres festgestellten Versichertenzahlen den Haushalt des diesem Stichtag folgenden Haushaltsjahres aufstellen und die Krankenkassen zur Finanzierung heranziehen.

Durch die abschließende Bestimmung der Versichertenzahlen wird eine Spitzabrechnung auf der Basis der im Haushaltsjahr festgestellten tatsächlichen Versichertenzahlen vermieden. Verschiebungen bei den Versichertenzahlen zwischen den einzelnen Krankenkassen gleichen sich im Zeitablauf aus.

82. **Zu Artikel 1 Nr. 189 Buchstabe b**
(§ 281 Abs. 1a Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 189 Buchstabe b wird dem § 281 Abs. 1a folgender Satz angefügt:

„Dies gilt nicht für solche Beratungsleistungen, mit denen die Medizinischen Dienste von Krankenkassen oder deren Verbänden gemeinsam und einheitlich beauftragt werden.“

Begründung

Die Finanzierung von Beratungsleistungen der Medizinischen Dienste erfolgt über nutzerorientierte Vergütungen in den Bereichen, wie sie in § 275 Abs. 4 angeführt sind. Für diejenigen Fälle, in denen der Medizinische Dienst von Krankenkassen oder deren Verbänden mit der Erbringung von Beratungsleistungen beauftragt wird, die im gemeinsamen und einheitlichen Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, ist nach Satz 3 auch weiterhin die Finanzierung aus Mitteln der Umlage möglich.

Damit ist sichergestellt, dass gemeinsam und einheitlich erteilte Aufträge an die Medizinischen Dienste sowohl auf der Landesebene wie etwa zu Fragen der Krankenhausplanung als auch auf der Bundesebene wie zum Beispiel zur Beratung der Krankenversicherung in den Arbeitsgremien des Gemeinsamen Bundesausschusses weiterhin aus der Umlage finanziert werden können.

83. **Zu Artikel 1 Nr. 192**
(§ 285 Abs. 2 und 3 Satz 3 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nr. 192 wird wie folgt gefasst:

‚192. § 285 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 [weiter wie Gesetzentwurf].

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Datenübermittlung auf Anforderung ist auch zulässig, soweit dadurch eine Prüfung möglich wird, ob in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführte Leistungen sowohl über die Kassenzahnärztliche Vereinigung als auch über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.“‘

Begründung

Zu Buchstabe b

Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung erhalten mit der Ergänzung des § 285 Abs. 3 Satz 3 die Möglichkeit, im erforderlichen Umfang Daten zum Zwecke der Vermeidung unzulässiger Doppelabrechnungen von doppelt zugelassenen Ärzten und Zahnärzten sowie deren Berufsausübungsgemeinschaften auszutauschen.

84. **Zu Artikel 1 Nr. 192a – neu –**
(§ 286a – neu – SGB V)

In Artikel 1 wird nach Nummer 192 folgende Nummer eingefügt:

‚192a. Nach § 286 wird folgender § 286a eingefügt:

„§ 286a
Datenerhebung und Datenverwendung
im Versorgungsmanagement

Die Krankenkassen und Leistungserbringer, die das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 sicherstellen, dürfen für diesen Zweck

1. nach dem Zehnten Kapitel dieses Buches bereits erhobene und gespeicherte Sozialdaten auswerten,

2. erforderliche Sozialdaten erheben und speichern und

3. die Sozialdaten an die am Versorgungsmanagement beteiligten Stellen weiterleiten.

Die Übermittlung von personenbezogenen Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“‘

Begründung

Für die Aufgabenwahrnehmung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4 bedarf es verschiedener datenschutzrechtlicher Regelungen in § 284 ff., damit den am Versorgungsmanagement beteiligten Stellen (z. B. Krankenkassen, Leistungserbringer, Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen) eine Auswertung bereits vorliegender Sozialdaten zulässig ermöglicht wird und, falls erforderlich, weitere Sozialdaten erhoben, gespeichert und weitergeleitet werden dürfen. Die beteiligten Stellen wie zum Beispiel Krankenkassen, Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen erhalten die Befugnis, Daten zu erheben, auszuwerten, zu speichern und weiterzuleiten.

85. **Zu Artikel 1 Nr. 195 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc**
(§ 291a Abs. 7 Satz 6 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 195 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc wird in § 291a Abs. 7 Satz 6 das Wort „ohne“ durch das Wort „mit“ ersetzt.

Begründung

Die finanziellen Beiträge der Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sollen durch Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegt werden. Nach dem Gesetzentwurf ist keine Zustimmung des Bundesrates vorgesehen. Ein Zustimmungserfordernis ist jedoch gegeben, da die zusätzlichen Belastungen auch für die landesunmittelbaren Krankenkassen gelten, die der Rechtsaufsicht der Länder unterliegen.

86. **Zu Artikel 1 Nr. 209**
(§ 305a Satz 4, 4a – neu – und 5 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 209 wird § 305a wie folgt geändert:

a) In dem anzufügenden Satz 4 werden die Wörter „als Nachweis für die“ durch die Wörter „zur Ermittlung der“ ersetzt und nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „oder zur Übermittlung in anonymisierter Form“ eingefügt.

b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Anonymisierung muss den Anforderungen des § 3 Abs. 6 des Bundesdatenschutzgesetzes genügen, das heißt, die Daten dürfen insbesondere nicht auf einzelne Vertragsärzte oder Patienten beziehbar sein.“

c) Der anzufügende Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Übermittlung von Daten über die nach diesem Buch verordnungsfähigen Arzneimittel durch Apotheken, den Großhandel, Krankenkassen sowie deren Rechenzentren darf ebenfalls nur an Stellen erfolgen, die sich entsprechend Satz 4 verpflichtet haben.“

Begründung

Die besondere Ware „Arzneimittel“ rechtfertigt die in den Eckpunkten festgelegte Beschränkung des Zugangs zu Marktforschungsdaten. Die Aufgabe der Pharmaberater soll auf die eigentlichen Zwecke des Arzneimittelgesetzes zurückgeführt werden: die Information des Arztes. Es soll verhindert werden, dass die Detailliertheit der Zahlen die Rückrechnung auf einen einzelnen Arzt möglich machen.

Gleichwohl geht die Neuregelung über den Beschlussvorschlag der Eckpunkte hinaus. International tätige Unternehmen erheben anonyme Daten, die von Entscheidungsträgern aus Politik und Wirtschaft genutzt werden. Beispielhaft sollen Berechnungen zum Verbrauch von Generika im Vergleich zu patentgeschützten Arzneimitteln genannt werden. Auch im Rahmen der integrierten Versorgung werden diese Daten als Steuerungsinstrument für Kassen, Krankenhäuser, Ärzte, Apotheker, Rehabilitationseinrichtungen und Hersteller genutzt. Eine Beobachtung eines speziellen Arztes ist ausgeschlossen.

Die vorgeschlagenen Änderungen tragen somit dem Beschlussvorschlag besser Rechnung.

87. **Zu Artikel 1 Nr. 212** (§ 315 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nr. 212 wird nach § 314 folgender Paragraph angefügt:

„§ 315
Angleichung ärztlicher Vergütungen im Beitrittsgebiet

Soweit im Jahr 2006 auf Grund des Verwendungsverbots für Ausgleichsansprüche der Krankenkassen im Beitrittsgebiet gemäß § 313a Abs. 3 in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung ausweislich der amtlichen Statistiken des Bundesversicherungsamts für den Risikostrukturausgleich im Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte) maßgebliche Abweichungen der durchschnittlichen Ausgaben je Versichertem im Beitrittsgebiet von den durchschnittlichen Ausgaben je Versichertem im übrigen Bundesgebiet bestehen, sind diese in den Jahren 2007 und 2008 durch eine anteilige Anpassung der Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet nach Maßgabe des Satzes 2 anzugleichen. Die Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Beitrittsgebiet werden in den Jahren 2007 und 2008 jeweils zur Hälfte um den Vomhundertsatz angehoben, um den der durchschnittliche Ausgabenbetrag je Versichertem für den Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte) im Beitrittsgebiet den durchschnittlichen Ausgabenbetrag je Versichertem für den Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte) im übrigen Bundesgebiet (West) im Jahr 2006 unterschreitet; zur Berechnung des Anpassungsbedarfs ist die Alterstruktur der Versicherten im Beitrittsgebiet auf die Altersstruktur der Versicherten im übrigen Bundesgebiet zu normieren. Eine maßgebliche Abweichung nach Satz 1 liegt vor, wenn für den Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte) die durchschnittlichen Ausgaben je Versichertem im Beitrittsgebiet den Vergleichswert im übrigen Bundesgebiet nach Altersnormierung um mehr als 10 vom Hundert unterschreiten. Die Anhebung der Vergütungen und Preise in den Jahren 2007 und 2008 nach Satz 2 ist neue Ausgangsbasis für Vereinbarungen nach dem Vierten Kapitel in den Folgejahren.“

Begründung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur vorgesehenen Streichung der Absätze 2 bis 5 in § 313a (vgl. Nummer 211 Buchstabe b des Gesetzentwurfs). Die offenkundigen Diskrepanzen im Niveau der vertragsärztlichen Vergütung müssen vor der Einführung bundeseinheitlicher Vergütungsregelungen gemäß den §§ 85a und 87 ausgeglichen werden.

Das Verwendungsverbot für Ausgleichsansprüche gemäß § 313a Abs. 3 hat eine maßgeblich begrenzende Wirkung faktisch nur auf die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung ausgeübt. Maßstab hierfür sind die Durchschnittsausgaben je Versichertem in den Hauptleistungsbereichen in der amtlichen Statistik des Bundesversicherungsamts für den Risikostrukturausgleich.

Nach erfolgter Normierung der Altersstruktur bestehen wesentliche Unterschiede in den Durchschnittsausgaben je Versichertem zwischen West und Ost allein für den Hauptleistungsbereich 1 (Ärzte). Für die vertragsärztliche Versorgung lagen die Durchschnittsausgaben je Versichertem im Beitrittsgebiet im Jahr 2004 rund 25 Prozent unter den Durchschnittsausgaben je Versichertem im übrigen Bundesgebiet. Die bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltende Regelung hat folglich

zu einer erheblichen Verwerfung in der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen zwischen den alten und neuen Bundesländern geführt. Diese Verwerfung ist weder sachgerecht noch mit der angestrebten Angleichung der Lebensverhältnisse vereinbar. Sie übt auf das Niederlassungsverhalten von Vertragsärzten in den neuen Bundesländern eine negative Wirkung aus. Der sich insbesondere in den neuen Bundesländern abzeichnende Ärztemangel wird verstärkt.

88. **Zu Artikel 2** **Nr. 6a – neu –** (§ 73 Abs. 6 SGB V), **Nr. 9a – neu –** (§ 85 Abs. 3f – neu – SGB V), **Nr. 15a – neu –** (§ 121 Abs. 2 und 3 SGB V),
Artikel 19 **Nr. 01 – neu –** (§ 2 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG), **Nr. 02 – neu –** (§ 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 – neu – KHEntgG), **Nr. 2** (§ 8 Abs. 2 Satz 2 – neu – und Abs. 9 KHEntgG), **Nr. 4a – neu –** (§ 10 Abs. 7 Satz 01 – neu – KHEntgG), **Nr. 4b – neu –** (§ 18 Abs. 1 – neu – KHEntgG), **Nr. 4c – neu –** (§ 19 Abs. 1 bis 5 KHEntgG),
Artikel 20 **Nr. 01 – neu –** (§ 2 Abs. 1 BPflV), **Nr. 1a – neu –** (§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 9 – neu – BPflV) und
Artikel 46 **Abs. 9 – neu –** (Inkrafttreten)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer eingefügt:

‚6a. In § 73 Abs. 6 werden die Wörter „, es sei denn, die ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt erbracht“ gestrichen.‘

b) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer eingefügt:

‚9a. Nach § 85 Abs. 3e wird folgender Absatz eingefügt:

„(3f) Die Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Leistungen umfasst ab dem 1. Januar 2008 nicht mehr die Vergütung der belegärztlichen Leistungen. Ab diesem Zeitpunkt ist die Gesamtvergütung um die für die belegärztlichen Leistungen durchschnittlich in den Jahren 2000 bis 2004 von den Krankenkassen vergüteten Beträge zu bereinigen.“‘

c) Nach Nummer 15 wird folgende Nummer eingefügt:

‚15a. § 121 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Belegärzte im Sinne dieses Buches sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die auf Grund einer vertraglichen Vereinbarung mit einem Krankenhaus berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) dort vollstationär oder teilstationär zu behandeln.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die belegärztlichen Leistungen werden vom Krankenhaus angemessen vergütet.“

bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.‘

Folgeänderungen:

a) Artikel 19 wird wie folgt geändert:

aa) Der Nummer 1 wird folgende Nummer vorangestellt:

‚01. In § 2 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „der Belegärzte (§ 18) sowie“ gestrichen.‘

bb) Nach Nummer 01 wird folgende Nummer eingefügt:

‚02. In § 4 Abs. 4 Satz 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer eingefügt:

„4. Veränderungen auf Grund der Vergütungsumstellung belegärztlicher Leistungen ab dem 1. Januar 2008.“‘

cc) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

‚2. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für Belegpatienten werden gesonderte Fallpauschalen berechnet, die ab dem 1. Januar 2008 die Vergütungsumstellung belegärztlicher Leistungen berücksichtigen. Sollte eine Kalkulation dieser Fallpauschalen bis zu diesem Zeitpunkt nicht abgeschlossen sein, wird vorläufig die für hauptamtliche Abteilungen vereinbarte Fallpauschale bei Belegpatienten um 15 vom Hundert gekürzt.“

b) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

„(9) [weiter wie Gesetzentwurf].‘

dd) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer eingefügt:

‚4a. In § 10 Abs. 7 wird dem Satz 1 folgender Satz vorangestellt:

„In den ab dem 1. Januar 2008 geltenden Basisfallwert sind Mehrkosten infolge der Überführung der belegärztlichen Vergütung ins DRG-System einzurechnen.“‘

ee) Nach Nummer 4a wird folgende Nummer eingefügt:

‚4b. § 18 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die auf Grund einer vertrag-

lichen Vereinbarung mit einem Krankenhaus berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) dort vollstationär oder teilstationär zu behandeln.“ ‘

ff) Nach Nummer 4b wird folgende Nummer eingefügt:

„4c. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) Die Absätze 2 bis 5 werden zu den Absätzen 1 bis 4.“

b) Artikel 20 wird wie folgt geändert:

aa) Der Nummer 1 wird folgende Nummer vorangestellt:

‚01. In § 2 Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „der Belegärzte (§ 23) sowie“ gestrichen.‘

bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer eingefügt:

‚1a. In § 6 Abs. 1 Satz 4 wird nach Nummer 8 folgende Nummer eingefügt:

„9. Zusätzliche Kosten auf Grund der Vergütung belegärztlicher Tätigkeit ab dem 1. Januar 2008;“.‘

c) Dem Artikel 46 wird folgender Absatz angefügt:

„(9) Artikel 2 Nr. 6a, 15a, Artikel 19 Nr. 01, 4b, 4c und Artikel 20 Nr. 01 treten am 1. Januar 2008 in Kraft.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Belegärztliche Leistungen sind mit der Überführung der Vergütung ins DRG-System nicht mehr dem vertragsärztlichen Bereich zuzuordnen.

Zu Buchstabe b

Der Vereinbarung im Koalitionsvertrag folgend wird die Vergütung belegärztlicher Leistungen künftig im DRG-Vergütungssystem erfolgen. Hierfür muss der Betrag, der bislang von den Krankenkassen in der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für belegärztliche Tätigkeiten gezahlt wurde, herausgerechnet und in den stationären Bereich überführt werden.

Hierbei wird der Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2004 zugrunde gelegt, da der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) 2000 plus ab dem Jahr 2005 erhebliche Vergütungseinbrüche gebracht hat.

Zu Buchstabe c

Infolge der Überführung der belegärztlichen Vergütung aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung ins DRG-System muss die Definition des Belegarztes angepasst werden, insbesondere muss die bisherige Regelung entfallen, wonach Belegärzte vom Krankenhaus keine Vergütung erhalten. Auch nach der Liberalisierung des Vertragsarztrechts sollen Belegärzte nicht in einem Angestelltenverhältnis zum Krankenhaus stehen, um die Besonderheit belegärztlicher Tätigkeit, die im Regelfall in einer Belegabteilung erbracht wird, zu erhalten.

Zu den Folgeänderungen

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe cc

Eine Kalkulation der Beleg-DRG durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wird voraussichtlich erst für das Jahr 2008 möglich sein. Sollte dies wider Erwarten nicht möglich sein, werden vorläufig die für Hauptabteilungsleistungen kalkulierten DRG pauschal um 15 Prozent gekürzt und insoweit die von der Selbstverwaltung vereinbarten DRG abgeändert. Dies ist nach den bisherigen Erfahrungen ein angemessener Abschlag.

Zu Doppelbuchstabe dd

Folgeänderung zur Überführung der belegärztlichen Vergütung ins DRG-System. Es soll gewährleistet sein, dass die aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung entnommenen Beträge dem Krankenhausbereich dauerhaft zur Verfügung stehen.

Zu Buchstabe b

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Folgeänderung zur Herausnahme der belegärztlichen Vergütung aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, die auch für die nach der Bundespflegesatzverordnung abzurechnenden Leistungen gilt.

Zu Buchstabe c

Die genannten Vorschriften können erst zum 1. Januar 2008 in Kraft treten, da die Umstellung der belegärztlichen Vergütung auch erst zu diesem Zeitpunkt erfolgen wird.

89. **Zu Artikel 2 Nr. 14** (§ 91 SGB V)

In Artikel 2 Nr. 14 wird § 91 wie folgt geändert:

a) Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden durch folgende Absätze ersetzt:

„(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Der unparteiische Vorsitzende des Beschlussgremiums nach Absatz 2 vertritt den Gemeinsamen Bundesausschuss gerichtlich und außergerichtlich.

(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, drei gemeinsam von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten und drei von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern.

(3) Über den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sollen sich die Verbände nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit

hauptamtlich aus; sie vertreten sich gegenseitig. Sie stehen während ihrer Amtszeit in Diensten des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ihre Amtszeit im Beschlussgremium beträgt vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig.

(4) Die von den Organisationen nach Absatz 2 Satz 1 benannten Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. Die Benennung erfolgt jeweils für vier Jahre; eine erneute Benennung ist zulässig.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird durch folgenden Absatz ersetzt:

„(5) Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 139c Abs. 1 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln, insbesondere zur Stellung, Funktion und Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder im Beschlussgremium, zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses. Vor Erlass der Rechtsverordnung erhalten die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu hören ist.“

c) Die bisherigen Absätze 4 bis 9 werden als Absätze 6 bis 11 bezeichnet.

Begründung

Die Absätze 1 bis 2 werden durch die neuen Absätze 1 bis 4 ersetzt. Der bisherige Absatz 3 wird in geänderter Form zu Absatz 5. Die bisherigen Absätze 4 bis 9 werden die Absätze 6 bis 11.

Zu Absatz 1

Redaktionelle Änderung.

Zu Absatz 2

Redaktionelle Änderung.

Zu Absatz 3

Der notwendige Konfliktlösungsmechanismus hat die Interessen der im Gemeinsamen Bundesausschuss beteiligten Organisationen so weit wie möglich zu berücksichtigen. Diesem Anliegen wird durch die Herstellung des Benehmens Rechnung getragen.

Gerade die unparteiischen Mitglieder sollen die Kontinuität der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses gewährleisten. Daher sind sie in hauptamtlicher Funktion und zu gegenseitiger Vertretung zu bestellen. Mit der Hauptamtlichkeit wird die Professionalität des Gemeinsamen Bundesausschusses verbessert.

Zu Absatz 4

Folgerichtig zur Änderung nach Absatz 3 üben die anderen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses ihr Amt ehrenamtlich aus. Damit wird dem Selbstverwaltungsgedanken Rechnung getragen.

Dem Anspruch, Erkenntnisse und Erfahrungen wissenschaftlich, leistungsrechtlich und in sonst geeigneter Form einzubringen und gemeinsam mit anderen Interessenvertretungen sachgerechte, lösungsorientierte Ergebnisse zu erarbeiten, können die Mitglieder am ehesten gerecht werden, wenn sie Weisungen nicht unterworfen sind.

Die Vertretung der Mitglieder muss nicht nur sichergestellt, sondern auch für alle Beteiligten transparent sein. Eine Befristung der Tätigkeit ist sachgerecht und im Interesse der Weiterentwicklung der Versorgung angemessen.

Zu Absatz 5

Die Interessen der Länder können nur durch ihre Mitwirkung gewahrt werden, so dass die Zustimmung des Bundesrates vorzusehen ist. Da im Übrigen das Änderungsgesetz als solches zustimmungspflichtig ist, ergibt sich die Zustimmungsbedürftigkeit der Rechtsverordnung zwingend aus Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes.

90. **Zu Artikel 5 Nr. 3** (§ 28f Abs. 4 Satz 2 und 2a – neu – SGB IV)

In Artikel 5 Nr. 3 wird § 28f Abs. 4 wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden nach dem Wort „Weiterleitungsstelle“ die Wörter „in einem Land“ eingefügt.

b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für mehrere Länder kann durch Beschluss der in Satz 2 genannten Organisationen eine gemeinsame Weiterleitungsstelle errichtet werden.“

Begründung

Bis 31. Dezember 2010 bleibt die bisherige Struktur des Beitragseinzugs erhalten. Ab 1. Januar 2011 sollen die Arbeitgeber die Option erhalten, ihre Beitragsnachweise, Meldungen und Gesamtsozialversicherungsbeiträge an sogenannte Weiterleitungsstellen (beauftragte Stelle) zu übermitteln, die diese an die zuständigen Krankenkassen weiterleiten. Weiterleitungsstellen können Krankenkassen, Verbünde, Arbeitsgemeinschaften oder Verbände von Krankenkassen sein. Weiterleitungsstellen sind grundsätzlich auf Landesebene zu errichten. Auf Beschluss der benannten Organisationen können hiervon abweichend länderübergreifende Weiterleitungsstellen gebildet werden. Diese Regelung knüpft an die bestehende und bewährte Struktur der Einzugsstellen der Krankenkassen an und schafft die Möglichkeit zur Einrichtung von Weiterleitungsstellen ab 2011.

91. **Zu Artikel 15 Nr. 17 Buchstabe b** (§ 34 Abs. 2 KVLG 1989),
Nr. 18 (§ 37 Abs. 2 KVLG 1989),
Nr. 19 Buchstabe a und b (§ 38 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 2 bis 4 KVLG 1989) und
Artikel 16 Nr. 3 (§ 34 Abs. 2 KVLG 1989)

Artikel 15 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 17 Buchstabe b werden in § 34 Abs. 2 die Wörter „und den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4“ gestrichen.

b) Nummer 18 wird gestrichen.

c) Nummer 19 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

‚a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und darin Satz 3 wie folgt gefasst:

„§ 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“ ‘

bb) Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aaa) Im Änderungsbefehl wird die Angabe „Absätze 2 bis 4“ durch die Angabe „Absätze 2 und 3“ ersetzt.

bbb) § 38 Abs. 4 wird gestrichen.

Folgeänderung

In Artikel 16 Nr. 3 werden in § 34 Abs. 2 die Wörter „und den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4“ gestrichen.

Begründung

Die Leistungsausgaben für Altenteiler in der Krankenversicherung der Landwirte (LKV) werden seit ihrer Gründung 1972 durch eine Defizithaftung des Bundes gesichert. Damit wird dem Strukturwandel in der Landwirtschaft Rechnung getragen. Bereits heute werden die aktiven versicherungspflichtigen Landwirte durch erhebliche Sonderzahlungen nach dem Haushaltsbegleitgesetz 2005 bis zum Jahr 2008 zusätzlich belastet und der agrarsoziale Haushalt des Bundes entlastet. Mit der zeitlich befristeten Änderung wollte seinerzeit der Gesetzgeber vermeiden, dauerhaft in die Finanzierungsregelung der LKV einzugreifen. Vielmehr sollte die Belastung der Landwirte durch die erwarteten Einsparungen des GKV-Modernisierungsgesetzes und die Verringerung der Betriebsmittel bei den LKK aufgefangen werden, was in der Praxis nicht möglich war. Viele LKK erhöhten ihre Beiträge um bis zu 30 Prozent.

Mit den Änderungen im Gesetzentwurf würde diese Kürzung nunmehr auf Dauer eingeführt. Dies wurde in den Eckpunkten für eine Gesundheitsreform nicht vereinbart.

Die Aufkündigung der Verpflichtungen des Bundes, die hier auf eine kleine Gruppe Pflichtversicherter übertragen werden, ist daher abzulehnen.

92. **Zu Artikel 15 Nr. 21 Buchstabe a** (§ 40 Abs. 1 Satz 4a KVLG 1989)

In Artikel 15 Nr. 21 wird Buchstabe a gestrichen.

Begründung

Ein einheitlicher Grundbeitrag (z. B. für die Verwaltungskosten) ist keineswegs mit dem Solidarprinzip unvereinbar. Das folgt schon daraus, dass er für die gesetzliche Unfallversicherung ausdrücklich zugelassen ist. Auch in der gesetzlichen Unfallversicherung ist das für die Sozialversicherung insgesamt charakteristische Solidarprinzip wirksam, wenn auch in abgeschwächter Form. Die landwirtschaftliche Krankenversicherung (LKV) steht als Versicherung der landwirtschaftlichen Unternehmer und ihrer Familienangehörigen (die Versicherung der landwirtschaftlichen Arbeitnehmer spielt nur eine untergeordnete Rolle) von der Finanzierung her zwischen allgemeiner gesetzlicher Krankenversicherung und Unfallversicherung. Das Solidarprinzip ist weniger stark ausgeprägt als in der GKV, was z. B. darin zum Ausdruck kommt, dass für die Spreizung der Beitragsklassen lediglich ein Verhältnis von mindestens 1 : 6 vorgeschrieben ist. Im Verbot des Grundbeitrages liegt daher eine unnötige Beschränkung des Selbstverwaltungsrechts der Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK), zumal durch die Beitragserhebung vom land- und forstwirtschaftlichen Einkommen die tatsächliche Finanzkraft der landwirtschaftlichen Betriebe teilweise unzureichend erfasst wird. Sie ist überdies mit dem Gedanken der Deregulierung in der Gesetzgebung nicht vereinbar. Das Verbot des Grundbeitrages oder eines für alle oder mehrere Beitragsklassen einheitlichen Beitragsanteils steht ferner im Widerspruch zur Begründung des Artikels 15 Nr. 21 Buchstabe a, wo für den Solidarzuschlag ein kalkulatorisch einheitlicher Beitragsanteil zugelassen wird. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Erwägungen das Solidarprinzip hier weniger streng ausgelegt wird als für sonstige Beitragsanteile. Bei Zulässigkeit eines einheitlichen Grundbeitrags kann der Beitrag in der Beitragsklasse 2 für landwirtschaftliche Unternehmer auch durchaus niedriger sein als in Beitragsklasse 1, in der landwirtschaftliche Unternehmer ohne Existenzgrundlage erfasst sind, die in der Regel über – in der LKV nicht für die Beitragsbemessung herangezogene – anderweitige Einkünfte verfügen. Um dem häufigen Missbrauch dieser Beitragsklasse für eine günstige Versicherung in der LKV zu begegnen, ist ein angemessener einheitlicher Grundbeitrag unabdingbar. Die Alternative wäre die Aufhebung der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 KVLG 1989 mit der Möglichkeit der freiwilligen Versicherung, bei der sich der Versicherungsbeitrag nach den Bestimmungen der GKV richtet (§ 240 SGB V).

93. **Zu Artikel 18 Nr. 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa1 – neu –** (§ 17b Abs. 1 Satz 7 – neu – KHG)

In Artikel 18 Nr. 4 Buchstabe a wird nach Doppelbuchstabe aa folgender Doppelbuchstabe eingefügt:

‚aa1) Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 zu erlassen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewährleisten; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksich-

tigen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen.“ ‘

Begründung

Die Änderung präzisiert die bestehende Vorschrift. Sie schafft eine Ermächtigungsnorm, die Artikel 80 Abs. 1 Satz 1 des Grundgesetzes Rechnung trägt, wonach Ermächtigungsadressaten die Landesregierungen und nicht einzelne Landesbehörden sein können. Auch sorgt die Änderung, indem sie die Rechtsverordnung zum Handlungsinstrument bestimmt, für Rechtssicherheit. Bei der Rechtsqualität der Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene über die Sicherstellungszuschläge bedürfen Regelungen in den Ländern, die Abweichungen hiervon festlegen, der Form einer Rechtsverordnung und reichen etwa Verwaltungsvorschriften nicht aus. Schließlich vereinfacht die Änderung das Verfahren. Sie gestattet es den Landesregierungen, die Befugnis im Wege der Subdelegation auf eine oberste Landesbehörde zu übertragen. Dies macht eine Änderung der Ausführungsgesetze der Länder entbehrlich.

94. **Zu Artikel 21 Nr. 7** (§ 20 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV)

In Artikel 21 Nr. 7 werden in § 20 Abs. 1 in dem anzufügenden Satz 2 nach der Angabe „140b“ die Wörter „oder als Belegarzt nach § 121“ eingefügt.

Begründung

Die Ergänzung der Vorschrift in Absatz 1 stellt klar, dass die Tätigkeit eines Vertragsarztes im Rahmen eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, eines Vertrages über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V oder eines integrierten Versorgungsvertrages nach § 140b SGB V der sich aus Satz 1 ergebenden Pflicht des Vertragarztes, im vollen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen, nicht entgegensteht. Maßgeblich ist insoweit, dass der Vertragsarzt auch bei seiner Tätigkeit im Rahmen der genannten Verträge für die ambulante Versorgung der Versicherten persönlich zur Verfügung steht. Weiterhin wird klargestellt, dass auch die Tätigkeit als Belegarzt der oben genannten Pflicht des Vertragsarztes nicht entgegensteht.

95. **Zu Artikel 22 Nr. 9a – neu –**
(§ 20 Abs. 1 Satz 2 – neu – Zahnärzte-ZV)

In Artikel 22 wird nach Nummer 9 folgende Nummer eingefügt:

‚9a. Dem § 20 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ein Zahnarzt steht auch dann für die Versorgung der Versicherten in erforderlichem Maße zur Verfügung, wenn er neben seiner vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen eines Vertrages nach den §§ 73c oder 140b oder als Belegarzt nach § 121 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tätig wird.“ ‘

Begründung

In den Kliniken sind vereinzelt im Bereich der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie auch Zahnärzte tätig. Die Ergänzung der Vorschrift in Absatz 1 stellt deshalb klar, dass die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes im Rahmen eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, eines Vertrages über eine besondere ambulante zahnärztliche Versorgung nach § 73c SGB V oder eines integrierten Versorgungsvertrages nach § 140b SGB V der sich aus Satz 1 ergebenden Pflicht des Vertragszahnarztes, im vollen Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen, nicht entgegensteht. Maßgeblich ist insoweit, dass der Vertragszahnarzt auch bei seiner Tätigkeit im Rahmen der genannten Verträge für die ambulante Versorgung der Versicherten persönlich zur Verfügung steht. Weiterhin wird klargestellt, dass auch die Tätigkeit als Belegarzt der oben genannten Pflicht des Vertragszahnarztes nicht entgegensteht.

96. **Zu Artikel 30 Nr. 2 Buchstabe b und Nr. 3**
(§ 10 Abs. 11 und § 11 Abs. 7 AMG),
Nr. 6 (§ 97 Abs. 2 Nr. 5a AMG) und
Artikel 35 (§ 14 Abs. 1 Satz 2 ApBetrO)

In Artikel 30 werden Nummer 2 Buchstabe b und Nummer 3 gestrichen.

Folgeänderung

a) Artikel 30 Nr. 6 wird gestrichen.

b) Artikel 35 wird gestrichen.

Begründung

Das Vorhaben, das Inverkehrbringen von sogenannter Bulk- oder Schüttware in größerem Ausmaß wieder zu ermöglichen, stellt einen problematischen Rückschritt für die Patientensicherheit dar.

Die „Verordnung über therapiegerechte Packungsgrößen“, durch die heute wissenschaftlich fundierten Therapiezyklen Rechnung getragen wird, würde aus – nicht belegten – Kostendämpfungszielen unterlaufen.

Der Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel (EU-Richtlinie 2001/83 EG sowie die Änderung 2004/27 EG) stellt in den Artikeln 54 bis 57 hohe Ansprüche an die Kennzeichnung der Arzneimittel, die zuletzt in der Festschreibung der Braille-Schrift Niederschlag im AMG fanden. Bei den ausgeeinzelten Arzneimitteln können die angegebenen Kennzeichnungsvorschriften (§ 10) diesen Standards nicht standhalten.

Laut Artikel 58 muss außerdem die Verpackung jedes Arzneimittels eine Packungsbeilage enthalten, die in den weiteren Artikeln detailliert beschrieben ist. Da dem Patienten die Wahl der Apotheke freigestellt ist, ist auch bei Dauermedikation nicht sichergestellt, dass er eine aktuelle Version der Patienteninformation erhalten hat, wenn nicht in jedem Fall eine Packungsbeilage beigelegt wird. Somit sollten auch die Änderungen zu § 11 gestrichen werden.

97. **Zu Artikel 30 Nr. 5 Buchstabe a, b und c**
(§ 78 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 1 AMG),
Artikel 32 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb
(§ 3 Abs. 1 Sätze 1 und 2 AMPreisV),
Nr. 4
(§ 4 Abs. 1 und 3 Satz 1 AMPreisV)
Nr. 5
(§ 5 Abs. 1, 3 Satz 1 und 2, Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 AMPreisV)
und
Nr. 7
Buchstabe a (§ 10 Abs. 1 AMPreisV)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) In Artikel 30 wird die Nummer 5 wie folgt geändert:

aa) Buchstabe a wird gestrichen.

bb) Buchstabe b wird gestrichen.

cc) In Buchstabe c wird in dem anzufügenden § 78 Abs. 3 Satz 1 das Wort „höchstzulässigen“ gestrichen.

b) Artikel 32 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 wird Buchstabe a wie folgt geändert:

aaa) Doppelbuchstabe aa wird gestrichen.

bbb) Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

‚bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 wird das Wort „Herstellerabgabepreises“ durch die Wörter „Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 werden das Wort „Hersteller“ durch die Wörter „pharmazeutischen Unternehmer“ und das Wort „Herstellerabgabepreis“ durch die Wörter „Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers“ ersetzt.‘

bb) Die Nummern 4, 5 und Nummer 7 Buchstabe a werden gestrichen.

B e g r ü n d u n g

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird in Umsetzung der dem Gesetzentwurf zu Grunde liegenden Eckpunkte eine Flexibilisierung der Abgabepreise von Arzneimitteln erreicht. Dadurch kommt es zu der erwünschten Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Solidargemeinschaft.

Gleichzeitig wird verhindert, dass die Arzneimittelversorgung ausschließlich am Preis des Arzneimittels ausgerichtet und die Versorgungsqualität zu einem nachgeordneten Aspekt degradiert wird. Der zu erwartende ruinöse Wettbewerb hätte gravierende Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, insbesondere in ländlichen Gebieten. Es wird zudem klargestellt, dass an dem mit der Einführung des so genannten Kombimodells und der Rabattbeschränkungen bei der Apothekervergütung verbundenen Ziel festgehalten wird, die Vergütung für die Abgabe von Arzneimitteln weitgehend unabhängig von der Höhe des Arzneimittelpreises festzulegen. Die bisher vorgesehenen Maßnahmen wären hiermit unvereinbar.

Weiterhin wird verhindert, dass durch einen uneingeschränkten Preiswettbewerb die Arzneimittelversorgung ausschließlich am Preis der Arzneimittel ausgerichtet und die Qualität damit verbundener Leistungen reduziert wird. Dabei ist insbesondere an Gemeinwohlaufgaben wie Nacht- und Notdienstversorgung zu denken.

Schließlich wird sichergestellt, dass auch weiterhin eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte bei der Arzneimittelverordnung erfolgen kann. Bei einem Höchstpreissystem in der bisher geplanten Form könnte der Arzt die mit seiner Verordnung verursachten Kosten nicht mehr erkennen und demzufolge auch nicht mehr für unwirtschaftliche Verordnungen haftbar gemacht werden.

Die Regelung für die Preisbildung von Arzneimitteln, die im Fall einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, deren Ausbreitung eine sofortige und das übliche Maß erheblich überschreitende Bereitstellung von spezifischen Arzneimitteln erforderlich macht (Pandemie), bleibt gegenüber dem Gesetzentwurf unverändert.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung des § 3 der Arzneimittelpreisverordnung wird auf die redaktionelle Änderung des Begriffs „Hersteller“ in „pharmazeutischer Unternehmer“ beschränkt. Die Einführung von Höchstzuschlägen in der Arzneimittelpreisverordnung kann aufgrund der im Arzneimittelgesetz (siehe Änderung zu Artikel 30 Nr. 5) geregelten Preisfestlegungen entfallen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Einführung von Höchstzuschlägen in der Arzneimittelpreisverordnung kann aufgrund der im Arzneimittelgesetz (siehe Änderung zu Artikel 30 Nr. 5) geregelten Preisfestlegungen entfallen.

98. **Zu Artikel 34** (§ 5b Abs. 4 BtMVV) und
Artikel 32 Nr. 3 Buchstabe c
(§ 3 Abs. 6 AMPreisV)

Der Gesetzentwurf wird wie folgt geändert:

a) Artikel 34 wird gestrichen.

b) Artikel 32 Nr. 3 Buchstabe c wird gestrichen.

B e g r ü n d u n g

Zu Buchstabe a

Sollte die Weitergabe von Betäubungsmitteln im Sinne des Entwurfs des GKV-WSG geregelt werden, so müsste es zu weiteren Änderungen des Betäubungsmit-

telsrechts, hier insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes, kommen.

Der Kern des Betäubungsmittelrechts ist die lückenlose Verfolgbarkeit der Betäubungsmittel. Mit der Anfügung des Absatzes 4 ist diese Verfolgbarkeit nicht mehr gegeben. Weitergehende Änderungen des Betäubungsmittelrechts sind erforderlich. Da diese Änderungen nicht vorgesehen sind, kann die Vorschrift nicht wirksam werden.

Die Regelung führt zu Verringerung der Arzneimittelsicherheit bei fehlendem Einspareffekt. Betäubungsmittel sind hochwirksame Arzneimittel, deren Qualität kritisch für das Wohl der auf sie angewiesenen Menschen ist. Unter den Bedingungen einer längerfristigen Lagerung in Heimen und Hospizen kann deren ordnungsgemäße Qualität nicht sicher gewährleistet werden. Das in Bezug auf das Gesamtvolumen an verschriebenen Arzneimitteln äußerst geringe Einsparvolumen sollte nicht das Recht des Patienten auf effektive und sichere Versorgung mit Arzneimitteln, hier insbesondere im Sinne einer Linderung seiner Schmerzen, in Frage stellen. Daher ist die Regelung abzulehnen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung des Artikels 32 stellt eine notwendige Folgeänderung dar.

99. **Zu Artikel 41 Nr. 3 – neu –**
(§ 9 Abs. 2 Nr. 1 – neu – und Nr. 4 – neu – AAG)

Dem Artikel 41 wird folgende Nummer angefügt:

‚3. § 9 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „beschränken“ die Wörter „und verschiedene Erstattungssätze, die 40 vom Hundert nicht unterschreiten, vorsehen“ eingefügt.

b) Nummer 4 wird aufgehoben.‘

Begründung

Die Änderung verhindert, dass Krankenkassen wie in der Vergangenheit im Bereich des Umlageverfahrens U1 verschiedene Erstattungssätze anbieten, die dem Gesetzeszweck nicht gerecht werden, weil der Arbeitgeber bei Eintritt des Entgeltfortzahlungsrisikos keine nennenswerte Entlastung mehr erfährt und der solidarische Ausgleich zwischen den Arbeitgebern nicht mehr erreicht wird. Jedoch sollen Arbeitgeber, die durch eigene Anstrengungen für ein gesundheitsförderndes Betriebsklima und damit für einen niedrigen Krankenstand sorgen, ihre finanzielle Belastung durch die Umlagepflicht in Maßen reduzieren können. Eine Untergrenze von 40 Prozent sorgt in dieser Hinsicht für einen gerechten Ausgleich der unterschiedlichen Anliegen.

Den Krankenkassen wird zugleich ermöglicht, weiterhin verschiedene Erstattungssätze unterhalb der Höchsterstattung von 80 Prozent vorzusehen. Insoweit werden Schwierigkeiten, die aus einer den praktischen Bedürfnissen nicht gerecht werdenden Entscheidung des Bundessozialgerichts (Az.: B 1 A 2/05 R vom 18. Juli 2006) resultieren, korrigiert. Es bleibt jedoch dabei, dass Erstattungssätze dem Gesetzeszweck nur dann gerecht werden, wenn der Arbeitgeber bei Eintritt des Entgeltfortzahlungsrisikos eine nennenswerte Entlastung erfährt.

Mit dem Änderungsbegehren in Buchstabe b wird eine die Vergangenheit betreffende Regelung redaktionell entfernt.

100. **Zu Artikel 43 Nr. 1** (178b Abs. 1a VVG)

In Artikel 43 wird Nummer 1 gestrichen.

Begründung

Die Einführung eines Direktanspruchs des Leistungserbringers gegenüber dem Versicherer sowie die Einführung einer gesamtschuldnerischen Haftung von Versicherungsunternehmen und Versichertem gegenüber Leistungserbringern würde im Ergebnis die Einführung des der PKV vollkommen fremden „Sachleistungsprinzips“ darstellen. Gerade mit Blick auf die Aufnahme von einkommensschwächeren Versicherten – die vorher keinen Versicherungsschutz hatten – in den PKV-Basistarif könnten Versicherungsunternehmen das Risiko der Ausfallhaftung nicht auf sich nehmen und wären daher gezwungen, mit Leistungserbringern direkt abzurechnen. Eine gesamtschuldnerische Haftung ist zudem rechtlich nicht möglich, da den beiden Schuldverhältnissen (Versicherungsvertrag und Behandlungsvertrag) keine objektive Zweckgemeinschaft zugrunde liegt.

101. **Zu Artikel 44 Nr. 5 Buchstabe b**
(§ 12 Abs. 1b Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 Nr. 3 – neu – VAG)

In Artikel 44 Nr. 5 Buchstabe b wird § 12 Abs. 1b wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird Nummer 2 wie folgt gefasst:

„2. allen der privaten Krankenversicherung zuzuordnenden Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben

– innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs,

– innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung ihres privaten Versicherungsverhältnisses oder

– bei Rückkehr aus dem Ausland, wenn dort mehr als die Hälfte der Lebenszeit verbracht wurde,“.

b) In Satz 2 werden der Punkt durch das Wort „oder“ ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„3. den Versicherungsvertrag wegen Nichtzahlung der Versicherungsprämie gekündigt hat.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Mit dieser Vorschrift wird sichergestellt, dass für jeden ohne Absicherung im Krankheitsfall, der der PKV zuzuordnen ist, ein Rückkehr- bzw. Eintrittsrecht in den Basistarif besteht. Zugleich wird die PKV aber nicht zum Auffangbecken für alle Nichtversicherten. So be-

steht beispielsweise kein Aufnahmezwang gegenüber Empfängern von Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, für Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, für Personen, die Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben, die einem Sondersystem wie der freien Heilfürsorge angehören oder die Anspruch auf Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbarer Regelungen haben. Um die Missbrauchsgefahr durch den Kontrahierungszwang auszuschließen, sind zudem zeitlich befristete Öffnungsklauseln notwendig.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Vorschrift wird sichergestellt, dass die ordnungsgemäße Zahlung der Versichertenprämien durchgesetzt werden kann. Ansonsten würden falsche Anreize für die Erfüllung der Vertragspflichten gesetzt und in verfassungswidriger Weise gegen elementare Prinzipien der Äquivalenzgerechtigkeit verstoßen.

Zukünftig kann ein Versicherter zur Vermeidung von Zahlungsschwierigkeiten in den neuen Basistarif wechseln, bei dem bezahlbare Prämien sichergestellt sind. Außerdem besteht für Versicherte mit Zahlungsschwierigkeiten die Möglichkeit, innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung des privaten Versicherungsverhältnisses bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen Versicherungsschutz im Basistarif zu erlangen.

102. **Zu Artikel 44 Nr. 5 Buchstabe b**
(§ 12 Abs. 1c Satz 1 bis 3 VAG) und
Nr. 7 (§ 12g Abs. 1 Satz 3 VAG)

Artikel 44 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 5 Buchstabe b wird § 12 Abs. 1c wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden gestrichen.

bb) Der bisherige Satz 3 wird Satz 1 und wird +wie folgt gefasst:

„Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrages Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag entsprechend bis zum hälftigen durchschnittlichen Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.“

b) In Nummer 7 wird in § 12g Abs. 1 Satz 3 das Wort „Begrenzungen“ durch das Wort „Begrenzung“ ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Prämien des Basistarifs werden bedarfsgerecht kalkuliert und nicht durch den GKV-Höchstbetrag gedeckelt. Dadurch wird eine übermäßige Belastung der Gemeinschaft der PKV-Versicherten vermieden.

Die Änderung berücksichtigt zudem das Grundprinzip der privaten Krankenversicherung, für jede versicherte Person angemessene Prämien zu erheben. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung der Prämien für Ehegatten und Lebenspartner auf 150 vom Hundert des GKV-Höchstbetrags hätte dieser Prämisse widersprochen. Eine solche Regelung hätte eine nicht gerechtfertigte Privilegierung von Ehegatten und Lebenspartnern zu Lasten der Solidargemeinschaft bedeutet. Dies wäre auch aus sozialen Gesichtspunkten nicht vermittelbar, da wohlhabende Doppelverdiener zu Lasten der unteren Einkommensgruppen ebenfalls privilegiert worden wären. Im Übrigen werden auch in der GKV Doppelverdiener jeweils voll zur Beitragszahlung herangezogen.

Eine Übertragung der Regelung zum Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2 SGB V alte Fassung ist ebenfalls nicht angezeigt, da dort aufgrund der Altersgrenze von 65 Jahren in der Regel keine Berufstätigen versichert sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Reduzierung von Versichertenprämien bei Hilfebedürftigkeit beinhaltet eine Verlagerung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe des Schutzes bei Bedürftigkeit auf ein Versichertenkollektiv. Da diese Belastung ohnehin schon problematisch ist, darf die Reduzierung nur entsprechend der tatsächlich bestehenden Hilfebedürftigkeit erfolgen. Ansonsten würden auch diejenigen Hilfebedürftigen bevorteilt, die nur knapp die Überforderungsklausel in Anspruch nehmen müssen. Um das Umverteilungsvolumen zu begrenzen, ist der Beitrag nur bis zur Grenze des hälftigen durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV zu reduzieren.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Streichung von § 12 Abs. 1c Satz 1 und 2 VAG.

103. **Zu Artikel 45a – neu –**
(§ 3 Nr. 11 Satz 4 – neu – EStG)

Nach Artikel 45 wird folgender Artikel eingefügt:

‚Artikel 45a
Änderung des Einkommensteuergesetzes

In § 3 Nr. 11 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4210, 2003 I S. 179), das zuletzt durch … geändert worden ist, werden nach dem Wort „wird“ das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und folgender Satz angefügt:

„Ist der Arbeitgeber zugleich Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, so sind den Bezügen wegen Hilfebedürftigkeit als Ersatz für nicht in Anspruch genommene Beihilfeleistungen gewährte Beitragsermäßigungen und Prämienrückzahlungen gleichgestellt;“‘.

Begründung

Die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände beschäftigen noch ca. 13 000 Angestellte, die einer Dienstordnung unterstellt und damit den Beamten weitgehend gleichgestellt sind. Sie haben dadurch bei Krankheit grundsätzlich einen Anspruch auf Beihilfe

nach beamtenrechtlichen Vorschriften und benötigen für den nach Abzug der Beihilfe verbleibenden Anteil der Krankheitskosten lediglich eine Teilversicherung, welche nach § 14 SGB V in Anspruch genommen werden kann. Die gesetzgeberische Absicht des § 14 SGB V bestand ursprünglich darin, die Beschäftigten mit Beihilfeanspruch bei ihrem Arbeitgeber als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem um den Beihilfeanteil verminderten Beitragssatz versichern zu können.

In der Praxis wird der Weg einer Erstattung der auf privatärztlicher Basis entstandenen Aufwendungen zu einem Teil über die Beihilfe und zum anderen Teil über die Auszahlung aus Versicherungsmitteln jedoch oft nicht beschritten. Stattdessen werden kraft Satzung in vollem Umfang Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, was nicht nur für den Träger kostengünstiger ist, sondern wegen der gleichen Versicherungskonditionen (Sachleistungsprinzip) auch eine Gleichbehandlung der Mitarbeiter des Unternehmens mit dem übrigen Mitgliederkreis ermöglicht. Die Versicherungsprämie stellt damit einen ermäßigten Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Kranken(voll-)versicherung dar. Im Gegenzug verzichtet der Angestellte auf seinen Beihilfeanspruch.

Aufgrund des Beschlusses des Bundesfinanzhofes vom 28. Oktober 2004 (Az. VI B 176/03) ergibt sich die Folge einer Besteuerung der an Stelle von Beihilfeleistungen gewährten Beitragsermäßigung. Dies führte zu einer Schlechterstellung der betroffenen Angestellten im Vergleich zu Beamten und Arbeitnehmern mit Beihilfeanspruch, welche ohne finanziellen Ausgleich der höheren Steuerlast zu einer Abwanderung der Beschäftigten von ihrer eigenen Krankenkasse führt und so die Glaubwürdigkeit des Unternehmens bei den übrigen Versicherten in Frage stellt.

Nachdem die für die gesetzliche Krankenversicherung kostengünstige Form der Versicherung ihrer eigenen Beschäftigten weiterhin erhalten bleiben soll, wird durch die Änderung in § 3 EStG eine Gleichstellung mit Beihilfeleistungen und somit Steuerfreiheit der Beitragsermäßigung erreicht.

Nachdem die genannte Problematik auch nach Wegfall der Ermäßigungsmöglichkeiten (Änderung des § 243 SGB V) und Ersatz durch Prämienrückzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V zum 1. Januar 2009 unverändert weiterbestehen würde, sind auch die dann im Rahmen des Teilkostenmodells gewährten Prämienzahlungen steuerfrei zu stellen.

104. **Zu Artikel 46 Abs. 5** (Inkrafttreten)

In Artikel 46 Abs. 5 wird nach der Angabe „Nr. 11 Buchstabe a“ die Angabe „, Nr. 12 (§§ 20a, 20b und 20d)“ eingefügt.

Begründung

Ein Inkrafttreten des neuen § 20c sollte in der Praxis möglichst zu Beginn eines Förderjahres erfolgen, da Neuregelungen nur für ein ganzes Förderjahr gelten können und zum ursprünglich geplanten Inkrafttreten (hier 1. April 2007) die Kassen bereits über eine Vielzahl der Förderanträge entschieden haben. Es würde vermieden, dass die Förderanträge innerhalb eines Jahres unterschiedlich beurteilt werden. Darüber hinaus erfordert die Umstellung der bisherigen Förderaktivitäten einen längeren Vorlauf, der bis zum 1. Januar 2008 geleistet werden kann.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333